ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Dott. **G. Bargioni**, *Firenze*
Dott. **L. Bergesio**, lib. d., *Torino*
Prof. **G. Berruti**, *Torino*
Dott. **A. Bertazzoli**, l. d., *Milano*
Dott. **L. M. Bossi**, lib. d., *Genova*
Dott. **E. Bruers**, *Bologna*
Dott. **F. Candia**, *Napoli*
Dott. **F. Caruso**, *Napoli*
Prof. **D. Chiara**, *Firenze*
Dott. **G. Cosentino**, libero doc., *Palermo*
Dott. **G. E. Curatulo**, l. d., *Roma*
Prof. **C. De Argenta**, *Salamanca*
Dott. **C. Decio**, *Milano*
Prof. **E. F. Fabbri**, *Modena*
Prof. **E. Falaschi**, *Siena*
Dott. **M. Fermi**, *Parma*
Dott. **G. Gelli**, *Firenze*
Dott. **G. Giglio**, *Palermo*
Dott. **G. Kirch**, *Firenze*
Dott. **V. Lauro**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **F. La Torre**, lib. d., *Roma*
Prof. **C. Liebman**, *Trieste*
Dott. **A. Manzoni**, *Milano*
Dott. **O. Marchioneschi**, libero doc., *Pisa*
Dott. **C. Marocco**, lib. d., *Roma*
Dott. **A. Maroni**, *Milano*
Dott. **A. Martinetti**, *Firenze*
Prof. **C. Massarenti**, *Bologna*
Dott. **F. Meola**, lib. doc., *Napoli*
Prof. **C. Minati**, *Pisa*
Prof. **O. Morisani**, *Napoli*
Prof. **P. Negri**, *Venezia*
Prof. **M. Pantaleo**, *Palermo*
Dott. **F. Parona**, *Novara*
Prof. **E. Pasquali**, *Roma*
Dott. **M. Pazzi**, *Bologna*
Dott. **G. Piazza**, *Milano*
Dott. **E. Pinzani**, lib. d., *Bologna*
Dott. **R. Polacco**, *Milano*
Dott. **N. Postiglione**, *Napoli*
Prof. **R. Pugliatti**, *Messina*
Dott. **G. Raineri**, lib. d., *Vercelli*
Dott. **G. Roncaglia**, libero doc., *Modena*
Dott. **U. Rusconi**, *Milano*
Dott. **P. Sacchi**, *Cremona*
Dott. **A. Sani**, *Firenze*
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc., *Siena*
Dott. **E. Secchi**, *Milano*
Dott. **R. Segrè**, *Milano*
Dott. **P. G. Spinelli**, *Napoli*
Prof. **E. Truzzi**, *Parma*
Dott. **M. Vercelli**, *Saluggia*
Dott. **F. Villa**, *Milano*
Prof. **E. Welponer**, *Trieste*.

ANNO XVI - 1894

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
30 JAN 95
LIBRARY

MILANO
TIPOGRAFIA EDITRICE L. F. COGLIATI
VIA PANTANO, 26.

2

Anno XVI. Gennaio 1894. Num. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DI UNA SINFISIOTOMIA

PRATICATA DAL
Dott. G. MICHELINI
DIRETTORE DELLA MATERNITÀ DI GENOVA.

Annunziata F., di anni 26, maritata, calzolaia, è nata a Firenze. Il padre è vivo, la madre è morta di tubercolosi polmonare. Ha sofferto le solite malattie dell'infanzia, più il rachitismo, per cui fu in cura nell'Ospedale di Firenze dall'età di tre anni fino a sei, ed a quest' epoca cominciò a camminare. A 12 anni ebbe la prima mestruazione e le successive continuarono sempre regolarmente. Rimasta incinta nel maggio 1890, le fu provocato il parto col metodo Krause sul finire del 7.° mese nella Maternità di Firenze. Dopo circa 15 ore dalla provocazione del parto diede alla luce una bambina, che visse appena due ore. Nell'anno 1892 ebbe un aborto in 2.° mese di gravidanza. Il 20 luglio 1893 è accolta nella nostra Maternità, l'ultima mestruazione data dal 28 novembre 1892.

La F. è piccola di statura, alta metri 1,35; si osservano deformità scheletriche in rapporto al rachitismo sofferto; *rosario rachitico, arti toracici ed addominali corti, incurvamento delle ossa componenti gli arti stessi;* la parte inferiore dello sterno è enormemente introflessa, in rapporto col mestiere (calzolaia).

I risultati ottenuti colla pelvimetria sono i seguenti:

Sp. I. A. S.	Centim.	25
Cr. I.	»	24
Diam. Ob. D.	»	23
Diam. Ob. S.	»	24
Diam. Baudelocque	»	19 $^1/_2$
Coniugata diagonale	»	9
» vera	»	7 $^1/_2$
Circonferenza pelvica	»	86

Diagnosi. — Bacino piatto rachitico.

Per determinare il grado di viziatura pelvica mi sono tenuto alla media indicata dal prof. Mangiagalli, cioè 15 mm.

Diagnosi della presentazione e posizione del feto = *Spalla sinistra in 1.ª*

Con C. V. maggiore di 67 mm. e minore di 81 stabilisco di provocare il parto e di praticare quindi la sinfisiotomia. Il giorno 3 agosto, previe le solite cautele antisettiche e dopo di avere praticato con manovre esterne la versione cefalica, provoco il parto col *Dilatatore Tarnier.*

Poche e leggiere contrazioni uterine rompono la bolla del tubo di kautschuk. Ricorro al metodo Krause, per tre giorni la gestante avverte rare e deboli contrazioni uterine ed al riscontro vaginale si trova che l'orificio uterino esterno è dilatato per circa 3 centimetri. Metto in opera il *metodo del Kiwisch,* irrigazione vaginale di acido borico al 5 0[0 ed alla temperatura di 38. Anche con questo metodo la dilatazione progredisce poco.

Il giorno 8 alla visita del mattino si pungono le membrane, fuoriesce il liquido amniotico in poca quantità e solamente verso le ore 5 pom. ricominciarono rare e leggiere contrazioni uterine, che continuarono fino al giorno successivo. Al riscontro vaginale trovasi che la dilatazione è di circa centimetri 4 $^1/_2$. La gestante è alquanto agitata, ha sete, la temperatura però si mantiene normale, il battito cordiaco fetale è di 150 al minuto. A mezzogiorno le contrazioni si fanno più frequenti e forti. Verso le ore 2 pom. la gestante è colta da un brivido abbastanza intenso, la temperatura sale a 38. 9 ed il polso a 120. Il battito cordiaco fetale è 180 al minuto, la dilatazione di circa centimetri 7.

Tenuto conto delle condizioni generale della gestante e della maggiore frequenza del battito cardiaco fetale, mi accingo all' operazione assistito dai dottori Casiccia, Trovati, Valle e dallo studente Mezzana. Previa tricotomia e narcosi cloroformica pratico un' incisione di circa 6 centimetri, che incominciata un centimetro e mezzo sopra il pube, si estende un poco a sinistra fino al disotto della clitoride. Si presentano nel campo operatorio numerose vene ectasiche, che vengono allacciate. Arrivato sulla sinfisi pubica, un assistente sposta con un catetere l'uretra verso destra, procedo col dito allo scollamento dei tessuti retro-pubici e sulla guida del medesimo colla falcetta del Galbiati incido la sinfisi; non si ha alcun divaricamento delle ossa, con un bistori bottonuto incido il legamento sotto-pubico ed allora si ottiene il divaricamento delle due osse per oltre 4 centimetri. A questo punto si ha un' abbondantissima emorragia venosa proveniente dal plesso venoso prevescicale, che continua malgrado un tamponamento di garza.

La testa si mantiene al distretto superiore in presentazione di vertice 3.ª posizione. Tentata inutilmente l' applicazione di forcipe, ricorro al

rivolgimento classico. Venne estratto un feto maschio in grave stato di asfissia, che, malgrado tutte le cure usate in simili contingenze, non viene rianimato. Si fa l'estrazione della placenta. Il collo ed il fornice anteriore lacerati vengono suturati con seta al sublimato. A seguito di inerzia uterina si ha emorragia che viene vinta con iniezioni endouterine di subblimato 0.20 per 0[00 a 40.° Con sei punti di sutura in seta N. 3 fu riunita la ferita cutanea e medicata con garza all'jodoformio. Con una larga fascia di garza a più strati furono tenute a contatto le ossa della sinfisi pubica.

Il bambino pesava 2550 grammi, lungo 46 centimetri.

Diametri:	O. F.	Centim.	11 1/2
	O. M.	»	12 1/2
	S. O. B.	»	9 1/2
	B. P. A.	»	8 1/2
	B. P. O.	»	8
	B. T.	»	7 1/2
	M. F.	»	8
	B. Acr.	»	11
	B. Tr. . . . . , . .	»	8 1/2

Puerperio. — Alla sera del giorno 9 (prima di puerperio), si ha temp. 38. 6, polso 120. Si rinnova la medicazione macchiata di sangue e si pratica un punto di sutura all' angolo inferiore della ferita cutanea per impedire l'uscita del sangue.

2.° giorno. Apiressia, polso 96. Ventre leggermente dolente, lochi regolari, morsi uterini, edema delle grandi labbra.

3.° giorno. Al mattino apiressia, ore 2 pom., temp. 38. 7, polso 106. Ventre dolente alla pressione in corrispondenza della sinfisi pubica e della branca orizzontale sinistra, lochi fetidi. Irrigazione endouterina con sublimato seguita da altra con acido borico. Ore 7 pom., temp. 38. 4, polso 96. Altra irrigazione endouterina.

4.° giorno. Portata lattea. Temperatura 37. 4, polso 100. Lochi inodori, ventre trattabile. Da oggi in poi non si ebbero più rialzi di temperatura apprezzabile ed il puerperio continuò normale. In decima giornata si tolgono i punti di sutura e la ferita è guarita di prima intenzione. Al 14.° giorno si constata la perfetta unione delle due ossa pubiche ed al 17.° si permette alla puerpera di scendere il letto. La puerpera fu tenuta nella Maternità fino al 23 di settembre; in tutto questo tempo non ebbi a riscontrare disturbo di sorta nella deambulazione.

Mi siano permesse alcune brevi considerazioni relative ai mezzi adoperati per provocare il parto ed alla sinfisiotomia.

Per provocare il parto ho impiegato 7 giorni mettendo in opera successivamente quattro metodi; il *metodo del Tarnier, del Krause, del Kiwisch*, ed in ultimo *del Scheel.* Poche e leggiere contrazioni uterine furono sufficienti per rompere la bolla del tubo di kautschuk del Tarnier. Poco risultato si ebbe dalla permanenza della candeletta nella cavità uterina per più giorni, come pure dal *metodo del Kiwisch* In ultimo la puntura delle membrane (metodo Scheel) provocò leggiere contrazioni uterine soltanto dopo nove ore. Nemmeno la puntura delle membrane è un mezzo sicuro per ottenere una dilatazione pronta.

Relativamente alla sinfisiotomia debbo dichiarare; 1.° che l'operazione non è difficile a eseguirsi; 2.° che i diametri della pelvi aumentano in modo da rendere facile il passaggio della testa fetale, senza portar danno alla madre; 3.° che operando colla dovuta prudenza non è possibile ferire la vescica e l'uretra; 4.° che l'unione delle ossa recise avviene in un tempo breve; 5.° che per ottenere questa unione non è neccessario la sutura delle ossa, ma che è sufficiente mantenerne il contatto con una semplice fascia di garza a più strati; 6.° che l'emorragia proveniente dal plesso venoso prevescicale assai sviluppato nello stato di gestazione può essere abbastanza imponente, come si ebbe nel nostro caso.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

19 MAR

IL MASSAGGIO
nella cura delle malattie ginecologiche

PEL
Dott. ROMOLO POLACCO

Sono pochi anni che il massaggio, già consigliato ed usato fin dai tempi più antichi, dapprima come mezzo igienico e tonico, coadiuvante i bagni generali, e poi come presidio curativo nelle forme nerveo-muscolari spettanti alla medicina ed alla chirurgia degli arti, fu esperimentato ed adottato in ginecologia.

Eppure in così poco tempo, dalla diffidenza e dal disprezzo coi quali, dalla generalità dei ginecologi, e sopra tutto dalle associazioni mediche di Stoccolma e Cristiania, fu accolta la proposta dell'adozione di questo mezzo curativo, siamo giunti a tale che è necessario limitarne le indicazioni, confrontarne i vantaggi e i risultati curativi, con quelli che si ottengono dagli altri mezzi ancora oggi usati con criterio logico aprioristico e con favorevole esito in ginecologia.

Un appunto grave, almeno in apparenza, che taluno fece al massaggio ginecologico, è quello della *immoralità*, ma tale appunto è così strano che non vale la pena che io mi vi soffermi. Il medico che esercita il massaggio *può essere immorale* e rendere *tale il massaggio*, ma questo non può esserlo per sè. I casi eccezionalissimi in cui potrebbe essere fonte di eccitamenti genesici costituiscono una sua contro indicazione, ma non possono costituire una obbiezione fondamentale a un prezioso metodo di cura. La esplorazione stessa vaginale, alla stregua di tale criterio, dovrebbe essere bandita.

Il massaggio, praticato rigorosamente secondo le norme di Brandt, esclude a priori, pel modo stesso col quale si deve praticare, per le norme fondamentali della sua esecuzione, ogni eccitazione delle parti sensibili della donna. L'accusa è adunque in generale vana e senza fondamento.

A ragione il Norstrom (1) rammenta che il massaggio, nella sua più semplice espressione, si riduce alla esplorazione combinata, rammenta che lo *speculum* nella pratica ginecologica sollevò, meno di cinquant'anni or sono, una tempesta di recriminazioni in Inghilterra, e conclude che l'accusa di immoralità fatta al massaggio, ha la stessa importanza di quella che si fece, a' suoi tempi, alla ascoltazione.

Ed il Prochownick (2) dice testualmente così: « Tutti quelli che, persuasi del valore dell'esame bimanuale, cercano di sollevare, in una o più riprese, un utero retroverso, non fanno altro che una manovra di massaggio: non si può adunque considerare il massaggio diversamente da qualunque altro metodo di cura avente per iscopo di applicare un tampone o di cauterizzare un collo. »

Non vi deve essere questione di moralità, quando si tratta di una cura, sopratutto quando questa cura dà risultati soddisfacenti!

È dunque forza concludere che, ove non si pensi e non si voglia ridestarle, tali eccitazioni non si ridestano e che la obbiezione della immoralità, è anche pei casi singoli, così illogica e senza fondamento come pel massaggio ginecologico in generale.

All'infuori di poche righe che si trovano nel trattato di ostetricia di Cazeaux (3) e che riguardano l'atonia dell'utero consecutivo al parto, a prevenire la quale ed a curare l'emorragia conseguente, egli consiglia una specie di massaggio, bisogna convenire che non si trovano accenni al massaggio ginecologico propriamente detto, ove se ne eccettuino allusioni fugacissime e quasi indeterminate (4) (5) prima del lavoro di Brandt (6),

---

(1) G. Norstrom. « Le massagge de l'utérus. » Paris, 1889.

(2) Prochownick. « Le massage en gynécologie. » Trad. Nitot e Keller. Paris, 1892, pag. 248.

(3) Cazeaux. « Traité des accouchements. » Paris, 1844.

(4) Laisnè. « Du massage, des frictions et manipulations employés à la guérison de quelques maladies. » Paris, 1868.

(5) Phillipeaux. « Etude pratique sur les frictions et le massage. » Paris, 1868.

(6) Thure-Brandt. « Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies du bassin et principalement des maladies internes. » Stockolm, 1868.

che cominciò ad essere conosciuto solo quando se ne fece la traduzione francese (1) e fu, bisogna dirlo, accolto con pochissima benevolenza.

Il primo lavoro di Norstrom, pubblicato nel 1876, contiene realmente i primi principii di quella terapia ginecologica che ha per base il massaggio, principii che, in realtà, si scostano notevolmente da quelli che erano stati prima banditi dal Brandt.

Ma colla pubblicazione di Norstrom la battaglia in favore del massaggio ginecologico era ben lungi dall'essere vinta, e ben se ne accorse quello studente francese, che, avendo appunto scelto la trattazione di tale metodo per tema della sua tesi inaugurale, udì dirsi che il suo lavoro era tale che non se ne voleva neppure leggere il titolo ad alta voce, che aveva scelto un soggetto che uno studente serio non aveva il diritto di scegliere, che se ne sarebbero distrutti gli esemplari esistenti e che ritornasse con un nuovo lavoro dopo tre mesi (!)... per allora fosse lieto di cavarsela così a buon patto! (2).

Ma intanto, mentre il Norstrom, dolente, ma non scoraggiato, continuava, perseverante, nella esecuzione e nella ricerca di miglioramenti del metodo, a Stoccolma il Brandt aveva la fortuna di trovargli un ausiliario scientifico notevolissimo, il dottor Sahlin, professore aggregato alla scuola di medicina; costui si accinge a studiare ed a praticare coraggiosamente il massaggio ginecologico con ottimi risultati, e poco dopo a Cristiania il Nissen ne segue le traccie con eguale successo. Howitz a Copenaghen, Georg Asp a Helsingfors (1874), intraprendono lo studio e l'esercizio pratico del metodo, e l'Asp nel 1878 non si perita di pubblicare, per quel che valgono, i risultati della propria (3) pratica di quattro anni, « non per intraprendere polemiche, ma per dimostrare che il metodo, applicato giudiziosamente e con precauzione, merita maggiore attenzione di qualunque altro. »

Ed intanto il massaggio ginecologico si diffondeva anche in America, sotto gli auspici di Jackson (4), ed il Prochownick nel 1884, al congresso

---

(1) Cherbuliez. Paris, 1868.

(2) Norstrom, op. cit., pag. 7.

(3) Georg Asp. « Om Lifmodermassage. » *Nord Med. Arkiv.*, Bd. X, N. 22, 1878.

(4) M. Reeves Jackson. « Uterine massage as a mean of treating certain forms of enlargement of the womb. » *Gynecological transactions*, vol. V.

dei medici tedeschi a Magdeburgo, faceva la sua prima comunicazione sul massaggio (1). Ma è sopratutto a Profanter di Vienna che spetta l'onore di aver fatto conoscere e volgarizzare il massaggio ginecologico in Austria, in Germania e puossi dire in tutta l'Europa. Questo distinto ginecologo, avendo avuto l'occasione di studiare a Stoccolma, nell'invernata 1885-86, il metodo di Brandt, persuaso della sua reale efficacia, lo indusse a recarsi nella successiva invernata del 1886 a Jena. Colà il Brandt, insieme al suo allievo Nissen, curarono quindici pazienti, le quali esaminate da Schultze nella narcosi prima e dopo la cura, servirono di base al lavoro di Profanter (2).

Contemporaneamente a quella di Profanter un' altra mente seria e comprensiva, quella di Prochownick (di Amburgo), continuava ad esplicare la propia attività intorno al massaggio ginecologico, e, non essendo in istato di potersi istruire personalmente presso Brandt, nè potendo raccogliere nelle di lui opere ed in quelle di autori francesi e specialmente di Norstrom, una idea di tecnica che avesse potuto servirgli di guida nelle sue ricerche anatomiche e patologiche, procedeva solo, con idee proprie rispecchianti alquanto quelle di Otto Bunge e per vie diverse arrivava a risultati identici a quelli di Th. Brandt, senza servirsi della ginnastica.

Le prime osservazioni di Prochownick, riassunte da lui a Magdeburgo nel 1887, provocarono le critiche di Seiffart (3), le quali non lo indussero però ad abbandonare il proprio metodo. Secondo il Prochownick (4) la pratica del massaggio non è ancora matura, e questo metodo di cura non acquisterà il proprio posto in medicina che in seguito a progressi che dovranno essere lenti, e quando avrà ricevuto la sanzione dell'esperienza.

E intanto il massaggio ginecologico veniva impiegato dal Bandl a

---

(1) Prochownick. « Zur Behandlung alter Beckenexudaten. » *Deut. med. Wochenscrift,* 32-33.

(2) Profanter. « Die massage in der gynäkologie Verlag von W. Braumüller. » Wien, 1887. — Id. « Die manuelle Behandlung des Prolapsus uteri. » 1888. — Rob. Ziegenspech. « Ueber Thüre Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden » in *Sammlung Klinischer Vorträge* di R. von Volkmann, N. 353-54, Leipzig, 1890.

(3) Seiffart. « Massage en Gynécologie. » 1888.

(4) Prochownick. « Le Massage en Gynécologie, » Trad. Nitot et Keller, Paris, 1892.

Vienna ed il Reich di Greifswald, lo faceva pure oggetto dei suoi studii (1). In seguito ad una comunicazione di Fellner, veniva seriamente discusso nella seduta del 29 marzo 1888 della società medica di Vienna. Schauta lo usava con ottimi risultati nella clinica di Praga e nel 3° congresso dei medici russi, Ott (2), Slawianski e Semianikow ne esponevano esperienze concludenti e favorevolissime.

In Inghilterra un ginecologo autorevolissimo, il Macnaughton Jones, ne assumeva vivaci difese in seno alla società ginecologica di Londra e dopo la memoria del Vulliet di Ginevra *(Journal de médecine de Paris*, 1888), sono innumerevoli i lavori comparsi nella letteratura, specialmente tedesca, riguardo al massaggio ed alla ginnastica svedese *(Thure Brandt's Heylgymnastische Behandlung).*

Ben più scarse sono le letterature inglese e francese (3) al riguardo, e si può dire che in Italia finora non esista alcun lavoro degno di menzione, ove se ne eccettuino due brevi pubblicati negli annali di ostetricia e di ginecologia, il primo dal dottor Gelli (4) (tre osservazioni), il secondo dal dottor Giuseppe Garino (5).

PARTE FISIOLOGICA.

È certo che i benefici arrecati dal massaggio nella terapia generale e nella ginecologica sono dovuti ad un complesso di cause: anzi tutte degne di menzione sono il miglioramento che per esso subiscono la circolazione linfatica e la sanguigna e la contrazione muscolare. Sia le prime che l'ultima sono nel massaggio ginecologico vincolate, come è da supporsi a priori, alle stesse leggi che le regolano nel massaggio generale.

---

(1) *Centralbl. fur Gyn.*, 1887, N. 37.

(2) « Massai i gimnastika kak lietchebnyi sposob pri bolieznik jenskoi polovoi sphery. » *Wratch*, 1889, N. 6.

(3) In un recentissimo lavoro di M.me Goldspiegel-Sosnowska, pubblicato or ora a Parigi (« Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure-Brandt, » 1884), è detto appunto che dalla comunicazione di Norstrom all'Accademia nel 1876, comunicazione che, come la di lui prima memoria, passò completamente inavvertita, fino al 1889 nulla al riguardo venne pubblicato in Francia.

(4) Gino Gelli. « Contributo allo studio e alla pratica del massaggio dell'utero. » Ottobre, 1890.

(5) « Breve cenno sul Massaggio Ginecologico, metodo Brandt. » Maggio, 1894.

È noto, come, grazie alla disostruzione dei piccoli vasi e degli spazii linfatici, venga primitivamente, per opera diretta del massaggio, facilitata la circolazione sanguigna e linfatica, ed è noto pur anche che, dopo la cessazione del massaggio, persistono le condizioni di facilitata circolazione, e di migliorata attività del muscolo. Le nozioni sul moto animale e sulle sue conseguenze, si trovano primamente nell'opera « De motu animalium » del Borelli. Colle proposizioni stabilite da questo autore e citate nel libro del Mosso (1) si può dire abbiano origine e fondamento esatto le cognizioni di fisiologia che ancora oggi abbiamo riguardo al lavoro del muscolo. La contrazione di un muscolo è sempre accompagnata da una azione chimica la cui intensità è proporzionale alla energia della contrazione (2). Infatti la combustione dell'ossigeno, trasportato dal sangue, e la sua trasformazione in acido carbonico, mentre è debolissima durante lo stato di riposo del muscolo, diventa molto energica nel periodo di lavoro, ed è allora che non solo l'acido carbonico, ma derivati azotati, come la creatinina, l'acido urico e principalmente una lunga serie di idrocarburi, come l'acido formico, l'acetico, il lattico ed il butirrico vengono secreti ed eliminati.

Della loro secrezione abbiamo prove evidenti nell'aumento della perspirazione. La escrezione di questi principii acri, non è però mai assolutamente completa, onde, per quanto sia evidente, dopo lo sforzo muscolare, l'aumento di creatina, di creatinina e di acido urico nelle orine, per quanto sia certa e notevole la eliminazione degli idrocarburi per via cutanea, il succo muscolare diventa carico di questi principii e si esaurisce, ed è allora che il muscolo risente il fenomeno della stanchezza. I materiali della combustione che si opera nel muscolo stesso, sono forniti dal sangue: consistono sopratutto in materie idrocarbonate (zuccaro, grassi, in una parola, alimenti respiratorii) mentre gli alimenti azotati sono assai poco atti a fornire materiali alla combustione muscolare: il calore che si sviluppa dal muscolo in istato di contrazione, viene tramutato in lavoro e questo lavoro riesce tanto più utile ed è tanto maggiore in confronto dello sforzo muscolare e del consumo di alimenti respiratorii, quanto

---

(1) A. Mosso. « La fatica. » Milano, Treves, 1891.

(2) Le Blond. « Manuel de gymnastique hygiénique et médicale. » Paris, Baillière, 1877.

più esso viene direttamente utilizzato, mettendo in giuoco il minor numero di muscoli per eseguire uno sforzo od un lavoro determinato.

È qui, cioè nel far agire passivamente un muscolo od un gruppo determinato di muscoli, che il massaggio manifesta la sua azione più proficua. Anzitutto nessun disperdimento di forze da parte del paziente: inoltre lavoro metodico e regolare dei muscoli che, grazie al massaggio, entrano in una contrazione passiva, mentre poi essi danno luogo ad una specie di contrazione attiva la quale è assai meno energica e faticosa di quella che succede durante il lavoro muscolare normale e si può dire che lasci al muscolo tutto il beneficio del lavoro eseguito, senza fargli risentire alcuno dei danni od almeno degli inconvenienti, in una parola, senza caricarlo di quei materiali inutili ed anzi dannosi per l'organismo umano, che debbono venire eliminati. È però da notarsi che il lavoro vero viene eseguito da colui che pratica il massaggio, mentre è certo che il massaggio viene ad essere per il muscolo che lo subisce una specie di opera purificante e riparatrice. Sono noti infatti i recenti studii del Maggiora (1) intorno agli effetti fisiologici del massaggio e più propriamente del massaggio praticato sui muscoli umani affaticati. Risulta da questi studii come basti un massaggio di cinque minuti per ristorarli completamente, mentre un riposo di tripla durata non vale a render loro il primiero vigore. Per cui il massaggio diminuisce di molto e, in un dato spazio di tempo, sopprime del tutto gli effetti della fatica, purchè sia moderata.

Anche i muscoli non affaticati producono, dopo il massaggio, un lavoro molto maggiore che quelli non sottoposti al massaggio. La durata del massaggio deve variare secondo i muscoli ed è sopratutto preferibile il massaggio misto. Questo, secondo il Maggiora, riesce anche efficace nei casi di indebolimento muscolare, prodotto indirettamente p. es. dal digiuno, dalla veglia o dal lavoro mentale. Non giova invece negli indebolimenti prodotti dall'anemia, perchè siccome il massaggio agisce sulla circolazione del sangue, non può riuscire utile quando questa è scarsa o quasi inefficace.

È dunque evidente la dimostrazione che il massaggio, purchè sia cor-

---

(1) *Arch. Ital. di Biologia*, 1892.

rettamente praticato, deve riuscire utile per tutti quegli organi i quali totalmente o prevalentemente constino di tessuto muscolare. Ho detto, purchè sia correttamente praticato, ed a ragione, perchè se ad esempio il massaggio viene praticato in senso contrario alla corrente sanguigna, quindi per esempio dal centro verso la estremità di un arto od in senso opposto e traversale a quello della direzione delle fibre di un muscolo, potrà riuscire almeno inutile, ma più spesso e più facilmente dannoso.

Non basta però, per essere ben convinti dell'efficacia del massaggio, l'avere una chiara idea delle funzioni fisiologiche dei muscoli e del sangue; è anche necessario di esaminare gli uffici del plasma della linfa e del chilo: le esaminerò rapidamente seguendo gli studii del Robin (Ch. Robin. « Chimie anatomique, » 1853, I.°, III.° et « Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme, » 1874), quelli del Döllinger e quelli recentissimi e bellissimi di Albertoni e di Stefani (1).

Nelle condizioni fisiologiche, i tessuti dell' organismo rendono alle parti che li circondano quel siero sanguigno che essi avevano ricevuto per nutrirsi e lo rendono dopo di averlo trasformato e modificato respingendo i principii inutili alle loro funzioni e caricandolo di quelli che risultano dal lavoro organico al quale essi sono adibiti. La linfa deriva dunque dal plasma sanguigno sopravanzato ai bisogni dei tessuti ed a cui si sono mescolati i prodotti di detrito dei tessuti stessi.

Si può calcolare l'importanza della linfa tenendo conto delle ricerche di C. Schmidt, secondo il quale la quantità della linfa che si versa giornalmente nel sistema venoso di un cavallo corrisponde a circa $^1/_{12}$ del peso del corpo. La perdita della linfa è letale quando raggiunge in un giorno la quarta parte della massa sanguigna (Lesser). La linfa è un liquido sussidiario al sangue nell' ufficio di mantenere ed assicurare il movimento nutritivo dei tessuti ed in quello di esportare prontamente dai tessuti stessi i prodotti regressivi che sarebbero di nocumento alla funzione, e di raccogliere l'eccesso del plasma sanguigno trasudato.

La linfa si trova primamente negli spazii linfatici, i quali, tapezzati da un *endotelio,* costituiscono un reticolo fino e delicato, ma densissimo, che mette in comunicazione il sistema dei vasi sanguigni, con quello dei

---

(2) P. Albertoni e A. Stefani. « Manuale di Fisiologia umana. » Vallardi, Milano.

vasi linfatici, che procedendo dalla periferia del corpo verso il centro, vengono a sboccare nei così detti *ganglii*. Questi hanno forma di un fagiolo e, assai più importanti per numero che per volume (perchè il loro volume è sempre piccolo negli individui ben costituiti e vigorosi, mentre aumenta in quelli di salute cagionevole), danno accesso ai vasi linfatici dalla parte convessa. I vasi poi si diramano e si intrecciano suddividendosi nella glandola e ne sortono dalla superficie concava. Durante il passaggio nella glandola, la linfa diviene più povera di succhi e più ricca di elementi cellulari, provenienti parte dalla proliferazione delle cellule linfatiche e parte dalla desquamazione degli elementi glandolari e dalla loro consecutiva trasformazione in cellule linfatiche: questa modificazione è tanto evidente, che esaminando la linfa proveniente dai linfatici al disotto della piegatura dell'inguine e confrontandola con quella che si trova nei linfatici al disopra di questi ganglii, si trova che la costituzione di questo umore è notevolmente diversa. In causa della loro particolare conformazione e del vasto reticolo linfatico che li attraversa, è certo che i ganglii debbono facilmente e rapidamente alterarsi quando sieno percorsi da un liquido abnorme. Inoltre quando il torrente linfatico trasporti fine granulazioni o polveri minerali, queste granulazioni vengono ad arrestarsi contro le colonnette e le pareti dei seni intraglandolari (1) (2). I linfatici delle estremità inferiori, degli organi della parte inferiore dell'intestino, del torace sinistro, del polmone sinistro, della metà sinistra del collo, di parte del cuore, della porzione sinistra della testa, del collo e del braccio sinistro, sboccano nel dotto toracico, che cominciando all'altezza della prima o della seconda vertebra lombare, sale a destra ed all'indietro dell'aorta e si getta nella vena innominata sinistra. I linfatici del torace destro, del resto del cuore, della metà destra dell'esofago, del polmone e di una parte del fegato, della metà destra del capo e del braccio destro, si gettano nella vena innominata destra. I vasi linfatici costituiscono dunque, per l'apparecchio circolatorio generale, un sistema portale, in cui, come in tutti i sistemi analoghi, il liquido cammina dalle estremità verso il cuore sopratutto per vis a tergo: questo sistema ha

---

(1) V. Robin. « Histoire naturelle des végétaux parasites de l'homme. » Paris, 1853.

(2) Littré et Robin. « Dict. de méd., » art. « Pénétration. »

per glandole vascolari i *ganglii* linfatici, di cui il prodotto ricade nella circolazione e va necessariamente al sangue. Un notevole impulso alla circolazione della linfa viene dato dai muscoli quando entrino in istato di contrazione e le esperienze del Luitary citato da Jentzer e Bourcart, hanno dimostrato che non cola linfa dai canali linfatici di un membro che si trovi in istato di riposo, ma quando questo membro eseguisca movimenti, attivi o passivi che essi siano, o che se ne comprimano i tessuti, la linfa cola tosto abbondantemente, in ispecie se si comprima dalla estremità verso il centro. Da ciò risulta che la nutrizione generale è assai più ostacolata quando il corpo è in istato di completo riposo. Quando poi incominci ad attivarsi la circolazione della linfa, la contrazione stessa dei vasi che, a somiglianza di molte vene, sono provvisti di valvole per impedirne il reflusso, la favorisce e la eccita. Una potente forza entra poi sempre in giuoco per attirare la linfa verso i dotti principali, e questa è data dalla forza inspiratoria per cui, vis a tergo, contrazione muscolare e muscolo-vasale, attrazione inspiratoria, mantengono permanentemente la circolazione linfatica nel nostro organismo.

DELLA GINNASTICA E DEL MASSAGGIO IN GENERALE.

È pressochè impossibile scindere completamente dallo studio del massaggio ginecologico quello della ginnastica che dal nome di chi la ordinò e la diffuse fu detta svedese. Infatti la cura manuale di alcune malattie ginecologiche è coadiuvata da talune pratiche ginnastiche (peri e parametriti ecc.) mentre la cura di altre, come ad esempio del prolasso, riesce senza queste manovre ginnastiche assai più lunga e difficile.

Secondo il Brandt ed altri autori distinti che si occuparono del massaggio ginecologico, quali lo Ziegenspeck (1), l'Jentzer e il Bourcart (2) la ginnastica ginecologica, lungi dall'essere soltanto un coadiuvante della terapia, istituita col massaggio ne sarebbe un fattore importantissimo e

---

(1) « Ueber Thure-Brands Verfahren der Behandlung von Frauenleiden von Rob. Ziegenspeck » in *Sammlung Klinischer Vorträge* di R. Volkmann, N. 353-54. Leipzig, 1890.

(2) A. Jentzer e M. Bourcart. « Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes (Méthode de Thure-Brandt). » Genève, Paris. 1891.

quasi indispensabile. Il Prochownick invece, nell'introduzione al suo lavoro sul massaggio in ginecologia, dice testualmente così « Si tratta adunque di sapere se il massaggio impiegato in ginecologia può avere un risultato favorevole senza essere associato alla ginnastica. Per rispondere a questa questione bisogna indagare se siano migliori i risultati con o senza l'impiego della ginnastica e, nel caso che questa venga riconosciuta necessaria, se deve esser diretta dal medico stesso o da un *masseur* di professione. Anzitutto, per evitare ogni confusione, io debbo dichiarare che sono un partigiano assoluto della ginnastica e che, dal 1879 in poi, io stesso ho impiegato prima la ginnastica manuale svedese e poi la ginnastica colle macchine di Zander delle quali continuo l'uso. Ho dunque impiegato la ginnastica in concorso col massaggio, ed è appunto perchè io conosco bene il metodo di cui faccio uso costante, che sono persuaso che la ginnastica non è un elemento necessario per la guarigione degli organi pelvici. Senza dubbio il medico non ha bisogno di praticarla lui stesso, può confidare le sue ammalate a persone esperte e questa ginnastica può del pari essere utile per accelerare la guarigione, ma affermo che si può sostituirla con altri provvedimenti terapeutici. »

Per mia parte, dopo lunghe ed attente esperienze, non posso, anche a questo riguardo, che ammirare la giustezza delle osservazioni di Prochownick, alle conclusioni del quale mi debbo associare completamente. In molti e molti casi, per esempio nella cura delle affezioni perimetritiche, la esecuzione dei movimenti di ginnastica del tronco e degli arti inferiori che si debbono eseguire secondo il metodo Brandt, riesce pel ginecologo che non disponga di molti e volonterosi assistenti, eccessivamente faticosa nella pratica ospedaliera, quasi impossibile o del tutto impossibile, per ovvie ragioni, nella pratica privata. Le pazienti, bene spesso difficili ed intolleranti, mal si prestano a manovre terapeutiche delle quali non conoscono l'importanza e di cui non comprendono la necessità. Ma d'altra parte sarebbe ingiusto il disconoscere come, per esempio nel prolasso, la ginnastica degli adduttori ed abduttori delle coscie e la contrazione attiva dello sfintere esterno dell'ano, abbiano una importanza così grande che, quando vengano opportunamente eseguite, abbreviano in modo assai notevole la durata della cura.

In quest'ultimo periodo io ho dunque riservato la ginnastica, asso-

ciata ben s'intende al massaggio, esclusivamente alla cura del prolasso, astenendomi, per le altre malattie ginecologiche, al solo massaggio preceduto od alternato con quegli altri provvedimenti terapeutici dei quali l'importanza e la convenienza sono oggi generalmente riconosciute.

Per essere breve nella descrizione della ginnastica ginecologica ne darò solo un cenno sommario. Nella ginnastica svedese si distinguono tre forme generali di *movimenti articolari* (1), cioè:

1.° I *movimenti passivi,* nei quali il paziente lascia che il medico muova l'arto in una o più delle sue articolazioni, mentre i muscoli sono completamente rilasciati. Tali movimenti, che vengono fatti eseguire dal medico, devono però esercitarsi nel senso fisiologico di flessione e di estensione dell'arto sulla propria articolazione, e non devono mai oltrepassare il limite fisiologico di flessione e di estensione delle articolazioni e dei muscoli che vengono posti in esercizio durante i movimenti stessi.

2.° I *movimenti attivi*, quelli cioè che vengono eseguiti attivamente e liberamente dal soggetto, ed a questi appartengono tutti i movimenti di flessione e di estensione che si eseguiscono nella ginnastica generale.

3.° I *movimenti a resistenza*, forma questa di ginnastica che fu specialmente sviluppata dalla scuola svedese, allo scopo di mettere in attività gruppi determinati di muscoli. Questi movimenti consistono in ciò, che il medico, dopo di aver ordinato alla paziente di eseguire un movimento determinato, tenta di opporsi all'esecuzione di questo movimento con uno sforzo più o meno grande, mentre oppostamente può prescrivere alla paziente di resistere ad altri movimenti che lui cerchi di farle eseguire. Le due ultime classi di movimenti si possono entrambe suddividere in movimenti *eccentrici* e *concentrici.* — *Eccentrici* sono quelli in cui il muscolo pur contraendosi si allunga, *concentrici* quelli nei quali la contrazione è accompagnata da raccorciamento.

Riassumendo, vi sono adunque due sorta di movimenti comunicati, l'uno *non contrattile* (passivo), l'altro *contrattile,* e questo può essere, quanto al muscolo che lo eseguisce, eccentrico o concentrico. Il Neuman di Berlino attribuisce effetti fisiologici speciali a ciascuna di queste due

---

(1) DECHAMBRE, «Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. - Manipulations. » Vol. 56. Paris, 1876.

differenti forme di contrazione muscolare. La contrazione *concentrica* indurrebbe aumento dei fenomeni vascolari centripeti, l'eccentrica invece favorirebbe le funzioni arteriose e la plasticità organica. Risulta da questo che i movimenti muscolo-articolari, hanno applicazione ed efficacia non solamente in quanto si tratti di modificare alterazioni o malattie delle articolazioni e dei muscoli stessi, ma altresì in casi nei quali si debba agire, inducendo, in senso centripeto o centrifugo, modificazioni circolatorie.

Tali modificazioni circolatorie sono sopratutto notevoli ed evidenti nella ginnastica a resistenza, purchè, nè da parte del medico, nè da parte della paziente, si ecceda nella forza muscolare impiegata, perchè a seconda che si ecceda nella forza impiegata o nella resistenza opposta, si avranno o movimenti troppo rapidi e di quasi nulla efficacia od entreranno in giuoco contrazioni di muscoli ausiliarii e lontani, sospensioni di respiro e conseguente congestione di parti lontane, per l'impedito scarico centrale del sangue venoso.

MASSAGGIO PROPRIAMENTE DETTO.

Per massaggio in generale si può intendere quella forma di *manipolazione terapeutica* che consiste nel premere in modo intermittente le parti molli fra il pollice, le dita ed il palmo della mano, sicchè quando si parli di *praticare il massaggio* su una data regione, non si è detto nulla di speciale intorno alla forma, all'intensità ed allo scopo della pratica da eseguirsi.

Per fare una classificazione razionale del massaggio, conviene dividerlo secondo le forme del movimento ed il grado di semplicità del movimento stesso. Avremo dunque:

I. *Lo sfioramento* (effleurage, malen, streichen, mâlning) che consiste nello *sfiorare* con una parte qualunque della mano la superficie ammalata. Si può dunque intendere col nome di sfioramento, qualunque lieve manovra praticata, sia colla punta di un solo dito, o colla punta di parecchie dita, colle falangi flesse, col palmo o col tallone della mano, sia questo sfioramento eseguito in modo assai lieve od impiegando forza notevole. Dovrà però sempre essere iniziato in modo assai leggiero,

aumentando man mano la forza che si impiega e la intensità della pressione esercitata e non si dovranno mai nè per questo, nè per le altre forme di massaggio ginecologico, secondo i precetti di Brandt, impiegare olii, grassi od altri ingredienti per facilitare lo scorrimento della mano e neppure il massaggio ginecologico potrà servire a far penetrare nei tessuti sostanze solventi o medicamentose di qualunque genere.

II. *Lo strofinamento o frizione* (friction, Reibung). Questa deve essere fatta in modo alquanto diverso da quello che esigerebbe il significato della parola *frizione* e si deve cercare di premere lievemente sulla cute in modo da farla scorrere sui tessuti sottostanti e profondi, sui quali si tende ad eseguire movimenti circolari o semicircolari. Quando questo massaggio si è praticato in un punto determinato, la mano del medico procede oltre a praticarlo sul tessuto sottostante.

III. *L'impastamento* (petrissage, Einmachung) che è quella manipolazione che risulta da pressioni successive ed alterne risultanti dai movimenti di opposizione delle dita della mano e del pollice. Questo impastamento può farsi di solito premendo un tessuto contro un piano resistente osseo, aponeurotico o muscolare sottostante, oppure può farsi anche in modo bimanuale, cioè una delle mani preme il tessuto contro una o più dita dell'altra che servono da punto di resistenza. L'impastamento praticato dalla mano esterna contro le superfici ossee del bacino, e quello praticato dalla mano esterna applicata sull'addome contro una o due dita dell'altra mano applicata internamente in vagina, rappresentano le forme più frequenti del massaggio ginecologico.

IV. *Le diverse forme di percussione e di martellamento* (hachures, tapotements, Hackung, Klopfung), si eseguiscono colle dita della mano divaricate e volte colla faccia palmare all'interno movendo la mano stessa sulla propria articolazione radio carpica.

La percussione deve essere praticata col bordo ulnare, tenendo il pollice rivolto in alto e il movimento dev'essere eseguito con rapidità. Si può anche percuotere colla punta di un solo dito o di parecchie dita, oppure colla parte dorsale dell'ultima falange, mentre si tiene la mano semichiusa col pollice in adduzione.

INDICAZIONI — CONTROINDICAZIONI — METODO.

Lo Ziegenspeck (1) così riassume le indicazioni e le controindicazioni della cura:

« È controindicata nella suppurazione e nel cancro.

« Suppurazione e cancro si debbono intendere nel senso più largo, quindi, con suppurazioni le tubercolosi, l'actinonicosi, la blennorragia (2), con cancro il carcimona, il sarcoma ed in breve qualunque neoformazione maligna.

« È indicata in generale nelle infiammatorie, nelle malattie dolorose, di qualunque natura, nella tumefazione, nelle fissazioni abnormi, negli essudati, nelle emorragie e nelle alterazioni di posizione degli organi addominali. »

Tuttavia alle controindicazioni esposte dallo Ziegenspeck, io vorrei aggiungere quelle riguardanti i tumori di qualunque natura, anche i più semplici, cisti ovariche e fibromi, per ovvie ragioni di torsione del peduncolo o di rottura delle prime, di alterazioni interne e di sfacelo dei secondi.

La cura si fa principalmente in due modi:

I. Col massaggio propriamente detto, ossia con frizioni circolari più o meno estese che attutiscono il dolore, fanno sciogliere le tumefazioni ed eccitano l'utero a contrarsi nelle emorragie.

II. Colla distensione e colla lenta frizione delle adesioni e delle fissazioni per il che il dolore, la tumefazione e l'essudazione vengono dapprima ridestati ed alquanto aumentati, ma poi, col ripetuto massaggio, indotti a scomparire.

Inoltre si praticano movimenti speciali come sollevamenti nella retroflessione e nel prolasso, trazione e pressione (zugdruck) nelle forme di periovariti, pressione dello sfintere vescicale nella incontinenza d'orina

---

(1) Op. cit., pag. 10.

(2) Il Prochownick riferisce due casi di perimetrite blennorragica, guariti col massaggio, ma confessa che in generale i risultati non sono così favorevoli.

e contrazioni dello sfintere anale e sollevamenti della porzione estrema dell'intestino retto nelle paraproctiti e nei prolassi del retto.

Il massaggio ginecologico richiede un letto di forma speciale ed una posizione speciale della paziente, come pure un metodo speciale di esplorazione.

Per ciò che riguarda il letto, il plinto consigliato da Brandt ed adottato per ragioni d'opportunità da pressochè tutti i ginecologi che praticano il massaggio, consta di una tavola alta dal suolo 34 centim. e sostenuta, come un tavolo comune, da quattro piedi piuttosto robusti. A questo tavolo è applicata un altra tavola di legno la quale si compone di tre pezzi di diversa lunghezza, dei quali quello centrale, fisso, serve a sostenere il tronco della paziente, mentre i due estremi, sollevantisi a piano inclinato con punti di arresto a varia altezza, servono a sostenere il capo ed i piedi, facilitando, quando abbisogni, la flessione delle coscie sul bacino (1).

La posizione della donna varia secondo le manualità terapeutiche che si devono eseguire — la più abituale è la dorso-pelvica, colle coscie flesse sul bacino, essendo i piedi appoggiati alla parte inferiore del letto la cui estremità podalica rimane abbassata lungo le gambe corrispondenti del tavolo.

L'esplorazione è, come per ogni altra diagnosi ginecologica, importantissima. — Vogliono taluni che mentre negli altri metodi di cura la diagnosi della forma morbosa debba essere completa prima che si inizii la terapia, nel massaggio invece si possa iniziare la cura dopo di aver fatto una diagnosi anche non molto precisa.

Secondo questi, man mano che procedendo nei massaggi la dolora-

---

(1) Secondo il Prochownick (V. op. cit.) qualunque letto ginecologico può servire al massaggio e sarebbe pure indifferente la posizione del medico in piedi o seduto tra le gambe della paziente. Egli usa pressochè sempre la sedia di Schotz e pratica sempre prima del massaggio la lavatura con sapone delle pareti addominali ed una iniezione vaginale con cloruro di sodio al 2 0[0 seguita poi da una iniezione di creolina al 1[2 0[0 od al 1 0[0, iniezioni che non sono astringenti e conservano intatta la cedevolezza delle pareti vaginali. Dice il P. che si devono prendere le stesse precauzioni come se si trattasse di un esame durante il quale si possono produrre piccole lesioni. Per ragioni di opportunità e per non rendere troppo molesta alle pazienti la pratica del massaggio, io ammetto la lavatura saponata delle pareti e solo quando ve ne sia il bisogno, pratico una irrigazione vaginale con soluzione fenica al 2 od al 3 0[0.

bilità si attutisce e scompaiono le tumefazioni accidentali e quelle consecutive alla forma morbosa iniziale, la esplorazione diviene più facile e completa e conseguentemente più preciso il diagnostico.

Il Prochownick invece e con lui altri autori, e secondo me assai più ragionevolmente, vorrebbero che alla pratica del massaggio precedesse sempre un diagnostico esatto della malattia, diagnostico fatto con tutti i mezzi che ci fornisce la scienza ginecologica moderna: nei casi dubbii il Prochownick non esiterebbe a ricorrere alla narcosi cloroformica. Secondo lui i cattivi risultati dati talvolta dal massaggio sono sopratutto dovute alla negligenza di questa precauzione.

Un altro punto importante sarebbe, secondo lo stesso autore, la necessità che si incontra frequentemente di cominciare la cura mediante trattamenti diversi ed appropriati a ciascun caso. Per parte mia non posso che associarmi di gran cuore a queste vedute, perchè ho potuto io stesso osservare che in molti e molti casi la degenza a letto, le irrigazioni calde, i tamponi di glicerina borica e di ittiolo, ebbero ragione di fatti infiammatorii e resero atte ad essere curate e guarite, mediante il massaggio, pazienti le quali, senza queste precauzioni, avrebbero avuto dal massaggio anzichè vantaggio e guarigione, peggioramenti gravi. Questo trattamento preparatorio permette inoltre, come dice il Prochownick, che si esamini la donna a più riprese e si decida così ponderatamente se il caso è o no suscetttibile di essere trattato col massaggio.

Secondo i precetti di Brandt, prima di formolare una diagnosi, conviene esplorare la donna una volta in piedi ed una volta nel decubito orizzontale. Per praticare la esplorazione in piedi, il ginecologo si colloca davanti alla paziente su una sedia piuttosto bassa, mentre la donna in piedi davanti a lui appoggia la propria mano sinistra sulla spalla destra di lui. Intanto il medico pone la mano destra contro la parte posteriore delle coscie della paziente, per tenerla presso a lui ed esplora coll'indice della mano sinistra, mentre il gomito corrispondente poggia sul proprio ginocchio omonimo.

Il dito indice viene introdotto in vagina dopo essere stato lubrificato con sostanze grasse, e si cerca di introdurlo strisciando contro la commissura posteriore della vulva per evitare qualunque irritazione dell'uretra e delle parti sensibili.

Il pollice deve rimanere rivolto in alto ed all'indietro in posizione

di forte estensione, le tre altre dita, pure distese, entrano nel solco esistente fra le coscie, posizione questa, secondo Brandt, preferibile agli altri metodi di esame e specialmente a quello in cui le tre dita della mano esploratrice, flesse, comprimono la commissura vulvare posteriore ed il perineo, modo di esplorare che in realtà riesce per talune pazienti notevolmente doloroso.

È certo che la esplorazione vaginale praticata mentre la donna trovasi in posizione eretta, può contribuire a rischiarare notevolmente la diagnosi. Infatti non è raro che visceri prolassati o trovantisi comunque in posizione alterata riacquistino i normali rapporti tostochè la paziente si metta a giacere, sicchè basta quasi sempre il semplice decubito orizzontale per ridurre, temporaneamente è vero, i più voluminosi prolassi: l'esame fatto nella posizione eretta potrà inoltre condurre alla diagnosi di mobilità abnorme dell'utero e dei visceri pelvici.

Mentre la donna si trova in questa posizione sarà più conveniente praticare l'esplorazione rettale: è noto che questa esplorazione oltre che permetterci di completare il diagnostico formulato precedentemente per via vaginale, può condurci a stabilire l'esistenza di alterazioni non percettibili per mezzo della esplorazione ordinaria: infatti, diminuita l'obliquità della via che il dito esploratore deve percorrere per raggiungere i visceri pelvici, è chiaro che il dito stesso può spingersi più in alto a raggiungere i visceri stessi. Se la superficie del dito esploratore è resa molto scorrevole con sostanze grasse, se si procede lentamente e gradatamente in alto cercando di spingere verso l'avanti la parete anteriore rettale contro la posteriore vaginale, questa esplorazione non riesce molto dolorosa. È buona regola, prima di sottoporre le pazienti all'esplorazione, l'aver cura che siano state bene vuotati il retto e la vescica, perchè la loro replezione può alterare notevolmente i rapporti e, spingendo o mantenendo in alto i visceri del bacino, nascondere alterazioni importanti. Praticata la esplorazione in posizione eretta, la donna si corica sul plinto in posizione dorso-pelvica coi piedi posti verso l'estremità inferiore del plinto stesso e col bacino alquanto ravvicinato ai piedi. In questa posizione, slacciate le vesti e rallentati tutti gli indumenti che stringano il torace ed il bacino, la palpazione è facile e non dolorosa. Si seguono qui i metodi ordinarii di esame, ed il rilasciamento delle pareti addominali, reso più facile e completo dalla impedita o difficoltata contrazione dei

muscoli retti, permette di infossare la mano nel bacino e di trarre, anche dalla semplice palpazione esterna, ottimi risultati. Poi si pratica in questa stessa posizione il riscontro vaginale. Per questo il medico siede su uno sgabello alto circa venti centimetri più del plinto su cui giace la donna; questa sempre nella posizione dorso-pelvica, ricoperta dalla sola camicia, o dagli indumenti che la lascino completamente libera, tiene le spalle ed il capo alquanto elevati per l'innalzamento della estremità superiore sollevabile del plinto, mentre il ginecologo, collocandosi all'angolo inferiore di sinistra del plinto stesso, fissa la gamba sinistra della donna appoggiando la parte posteriore della propria coscia sinistra sul di lei piede. Poi esplora colla mano sinistra, introducendola al disotto della coscia sinistra della donna. Se, mentre l'indice sinistro esplora per la via vaginale o per la via rettale, si pratica un lieve massaggio circolare sulle parti addominali, mentre si avverte la donna di respirare tranquillamente, le pareti stesse si rilasciano e più facile riesce la palpazione profonda degli organi pelvici. Inoltre se, secondo quello che vien praticato da Brandt, si raccomanda alla donna di sollevarsi alquanto sulla coscia sinistra e sulla spalla destra, mentre si esplora a sinistra e sulla coscia destra e sulla spalla sinistra mentre si esplora a destra, le anse intestinali scivolano dal lato opposto e permettono una migliore esplorazione. Si può anche facilitare l'esame facendo sollevare tutto il bacino, il che produce un grande rilasciamento delle pareti addominali. I risultati che si ottengono con questi artifici esploratorii sono di gran lunga migliori di quelli che si ottengono praticando la esplorazione vaginale e rettale nei modi consueti od a paziente in decubito orizzontale. Devesi però notare che lo Ziegenspeck (1) dice come a gran pena si possa, esplorando con un solo dito, arrivare tanto in alto quanto Brandt, ed egli sostiene, anche per ragione di esattezza, assai migliore la esplorazione praticata coll'indice e col medio, salvo il caso che si tratti di genitali virginei: per questi egli preferisce la esplorazione rettale. Anche Simon introduce tutta la mano nel retto, mentre Hegar e Kaltembach esplorano introducendo due dita nel retto dopo di avere previamente abbassato la porzione vaginale del collo per mezzo di una

(1) Op. cit., pag. 13.

pinza di Museux. È certo però che la esplorazione secondo il metodo usato da Brandt, quando se ne acquisti una certa abitudine, dà risultati ottimi, come è certo del pari che la esplorazione comune in decubito orizzontale rimane nella pratica la più semplice, la più comoda e quella che meglio rispetta il pudore delle pazienti. D'altra parte una esplorazione veramente completa ed esatta richiede nel più gran numero dei casi la narcosi.

MASSAGGIO.

Si può dire che tutte le diverse manualità di massaggio alle quali ho accennato nelle note generali, si usano in ginecologia.

Lo sfioramento ha per iscopo, oltre che di abituare le pazienti al massaggio, di attutirne la sensibilità locale e di calmarne l'eccitazione generale. Dallo sfioramento si procede poi gradatamente alle altre manualità, le quali, se usate in modo conveniente e secondo indicazioni opportune, possono essere eseguite in modo assai energico, e forniscono i migliori ed i più pronti risultati. Per praticare il massaggio, la paziente giace sul plinto nella posizione usata per l'esplorazione, mentre il medico siede all'estremità inferiore sinistra del letto, introduce in vagina il dito indice sinistro passando il proprio antibraccio al disotto della coscia; in questo modo resta evitato il pericolo che il dito possa inavvertitamente toccare ed eccitare le parti sensibili della donna.

L'avambraccio sinistro del medico, deve poggiare sulla sua coscia sinistra per risparmio di forze, e per la stessa ragione la forza da lui adoperata non deve essere soltanto muscolare, ma coadiuvata alquanto dal peso del corpo.

Il massaggio si eseguisce colla mano destra, adoperando non la punta delle dita, ma la faccia palmare del secondo e terzo dito o del secondo, terzo o quarto dito. In caso di essudati molto estesi, antichi ed indolenti si potrà adoperare la parte dorsale delle dita flesse od il palmo della mano. Qualche volta non è necessario nemmeno di introdurre l'indice sinistro in vagina per praticare il massaggio, cioè quando la parte che deve subire le manipolazioni possa essere compressa contro una delle pareti ossee del bacino. Il dito indice non ha, nei masssaggi

ordinarii, altro ufficio che quello di spingere contro la mano esterna che pratica le manipolazioni, la parte ammalata, e deve sempre rimanere fermo. La mano esterna invece deve rimanere fissa nelle proprie articolazioni delle dita e nella radio-carpica: eseguiscono movimenti solo le articolazioni del cubito e quella della spalla. Solo in quei rari casi in cui la mano esterna non possa raggiungere le parti ammalate, il dito indice sinistro introdotto nel retto eseguirà da solo lievi movimenti di sfioramento (Mâlning) muovendo però esclusivamente l'ultima falange, mentre il resto del dito e la mano stanno completamente immobili. — È caratteristico il precetto che viene dato circa alla compressione ed alla forza che il dito interno e la mano esterna debbono dispiegare: si deve cioè comprimere tanto da ridestare una lieve molestia, una specie di dolorabilità, ma non mai un vero e proprio dolore. Infatti se la paziente soffre, è ovvio che, anche involontariamente, essa contragga i propri muscoli addominali, trattenendo il respiro ed aumentando così non solo lo spessore, ma la resistenza che la pressione del braccio deve superare. A poco a poco e talvolta in successive sedute, la paziente acquista una certa abitudine, le pareti addominali si rilasciano, la mano esterna può facilmente spingere in basso nel bacino contro il dito interno le parti ammalate ed il massaggio acquista la sua vera efficacia, mentre al dito interno riesce possibile di migliorare e completare i reperti ottenuti nelle precedenti esplorazioni. La durata delle sedute deve variare da cinque a dieci minuti — dovranno essere quotidiane e, nei casi di essudati vasti, nei quali tutte le traccie di infiammazione sieno spente, potranno ripetersi anche due volte nella stessa giornata.

Ritengono alcuni che il massaggio ginecologico debba venire sospeso durante il periodo mestruale. In realtà questa sospensione è contraria non solo ai precetti dati da Brandt, ma anche ai razionali criterii aprioristici. Io non sostengo certamente che si debba iniziare una cura di massaggio durante il periodo mestruale; ritengo però che sarebbe erroneo il sospenderla proprio quando gli organi ammalati irrorati più abbondantemente dal sangue e resi talvolta più mobili e più cedevoli nei loro attacchi, offrono migliori condizioni per il riassorbimento degli essudati e per la loro involuzione completa. Inoltre è certo che sospendendo una cura di massaggio per quattro ad otto giorni (chè tanto dura ordinariamente il periodo mestruale), si ha per effetto certo

di perdere in gran parte od in totalità quel vantaggio che si era prima acquistato.

Ma anche qui il Prochownick, pur non ammettendo, contrariamente a Brandt, il vantaggio della cura durante il periodo mestruale (Vedi op. cit., pag. 17), fa una distinzione che è veramente razionale e della cui giustezza io ho dovuto convincermi!

Usa adunque il massaggio in questo periodo solo per le pazienti che possono, durante la cura, conservare un riposo assoluto. Per le altre ritiene piuttosto vantaggiosa la sospensione del massaggio durante la mestruzione, la durata della quale viene per opera del massaggio stesso considerevolmente prolungata. Lo stato di nervosismo delle pazienti, la loro residenza lontana da quella del medico, e talvolta la dolorabilità grande e facilmente ridestabile della vagina, dovuta a cicatrici o all'estrema sensibilità della vagina stessa, rendono talvolta impossibile il massaggio. In questi casi, per non interrompere o distanziare soverchiamente le sedute di massaggio, viene da molti e specialmente dal Prochownick raccomandato il massaggio acqueo (che è una forma di massaggio passivo), o quello che viene eseguito dalla stessa paziente coll'aiuto di strumenti speciali. — Del massaggio acqueo rammento che nel Congresso Medico di Pavia del 1887, sezione ginecologica, si era fatto strenuo propugnatore il Cuzzi, sostenendo che col praticare irrigazioni calde e fredde, chiudendo ed aprendo alternativamente la vulva e dilatando o lasciando così restringere volta a volta la vagina, aveva ottenuti risultati veramente buoni e tali da meritare la continuazione di questa pratica affatto inocua e di poco o nessun disturbo per la paziente. Il Prochownick pure raccomanda questa forma di massaggio passivo praticato specialmente con acqua a temp. di 42° e con una pressione di 50 cent., perchè tali iniezioni possono dilatare fortemente la vagina, riempiendola d'acqua e sollevare tutto il contenuto del piccolo bacino. Del resto queste iniezioni possono anche servire di criterio diagnostico differenziale fra una lesione del cellulare pelvico ed una peritoneale, perchè dove esistono fatti peritonitici, od aderenze patologiche, cagionano dolori vivi ed intollerabili, mentre non danno alcuna molestia nel caso opposto.

Il prof. Mangiagalli si loda molto delle irrigazioni vaginali abbondanti a bassa pressione nella posizione genupettorale, facendole seguire

da un vero e proprio tamponamento vaginale con garza jodoformica o con cotone idrofilo imbevuto di glicerina.

Il massaggio passivo che si pratica esclusivamante sulla vagina, si può anche eseguire per mezzo dei cilindri e delle sfere da dilatazione vaginale del Bozemann, cilindri e sfere che il Prochownick fece modificare aumentandole di numero e facendole costruire in caoutchouc indurito, sostanza facilmente disinfettabile. I cilindri hanno un diametro progrediente di 5 in 5 mm., da 4 ad 8 cent. e le sfere da 2 cent. e mezzo a 6 aumentando dapprima di 3 in 3 mm., poi di un centimetro. Con questi strumenti riesce facile alle pazienti il procurarsi una dilatazione progressiva della vagina, introducendo ogni sera un cilindro (solo quando esistono cicatrici serve meglio la sfera), che ritireranno tosto quando sentano dolori troppo vivi e che cambieranno con un cilindro od una sfera del numero immediatamente superiore, solo quando per tre a cinque notti lo abbiano potuto sopportare senza molestia. In molti casi questa pratica non si dovrà interrompere durante la mestruazione; quando si sia dovuto interromperla, si riprenderà col numero che si impiegava precedentemente alla comparsa della mestruazione stessa.

(Continua).

Dott. CARLO DECIO

Ancora sopra due casi di inversione uterina

Apparsa nel N. 8 (15 agosto 1893) della *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* diretta dal dott. Carlo Cucca, una memoria del dott. Pinna Pintor intitolata: « Due casi di inversione uterina puerperale, guariti radicalmente colla amputazione dell' utero previa legatura elastica, » io ne feci una breve recensione (1), in seguito alla quale come nota aggiungevo queste parole:

« *Nel primo numero degli* Annali di Ostetricia e Ginecologia *dell'anno 1892 fu pubblicato un mio lavoro su eguale argomento. Di esso il dott. Pinna Pintor ignorava certo la esistenza, giacchè non gli venne fatto l' onore di un accenno qualsiasi. Eppure, quante coincidenze nelle due memorie, nei concetti che vi si svolgono, nel loro raggruppamento logico, nella sostanza, e qualche volta nella forma.* »

Ora il dott. Pinna Pintor, in una lettera che indirizza al Direttore della *Rassegna di Ostetr. e Ginecol.* dott. Carlo Cucca (2), *non per amor di polemica, ma di pura verità,* — scrive: *io tengo a dichiarare* FORMALMENTE *al dott. Decio che io non conoscevo affatto la sua memoria quando scrissi la mia, e che le coincidenze ora rilevate anche da me, e concernenti i dati statistici e storici, si spiegano facilmente col fatto di aver attinto alle stesse fonti, trattandosi di argomento con ristretta letteratura.*

Risponderò al dott. Pinna Pintor che mi era cagione a sperare ch'egli avesse conosciuto il mio lavoro per la sufficiente diffusione del

(1) *Annali Ostetricia e Ginecologia,* anno 1893, N. 10.

(2) *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia,* anno 1894, Num. di gennaio.

periodico sul quale era apparso, e sul quale lo stesso collega nello scorso anno, e precisamente in agosto, pubblicava un'altra sua memoria (1). Del rimanente, anche nella stessa *Rassegna* diretta dal dott. Carlo Cucca e sulla quale apparve la memoria in questione, nella stessa *Rassegna* (Vedi anno 1892, pag. 120 e seguente), dico, era fatto cenno della mia pubblicazione, anzi ne venivano riportati alcuni brani.

E tanto più mi sembrava strana l'ignoranza della mia qualsiasi produzione, come cosa nostrale, rimpetto alla conoscenza delle esotiche monografie!

Come dissi, ora il dott. Pinna Pintor ha confrontati i due lavori, e confessa di aver rilevato delle coincidenze *concernenti specialmente i dati storici e statistici*, pel fatto che noi abbiamo *attinto alle stesse fonti*.

Or bene, io affido all'apprezzamento dei lettori (giacchè vivamente desidero mettere le cose nel lor giusto termine anche per chi non conoscesse le due memorie), il confronto di quei più salienti brani, che avevano in me ingenerato il dubbio, che il dott. Pinna Pintor, avendo pur *attinto alle stesse fonti*, avesse avuto conoscenza dei casi da me resi noti.

Dott. Decio.	Dott. Pinna Pintor.
Il compito modesto di questa nota è quello di portare un contributo alla casuistica di un fatto abbastanza raro, il quale tanto dal lato etiologico quanto dal lato terapeutico può dar campo a considerazioni critiche e di pratica utilità (pag. 25).	. . . . . credo far cosa non del tutto inutile portando un contributo alla casuistica di questa rara affezione morbosa, che presenta un vivo interesse dal lato etiologico e dal lato terapeutico (pagina 281).

Dopo questo breve esordio, segue tanto nel mio lavoro, quanto in quello del collega, l'esposizione delle due osservazioni cliniche. In questa parte narrativa, e tutt'altro che *storica*, e che doveva quindi portare in sè i caratteri di spiccata originalità, trovo le seguenti concordanze:

. . . . . fu esplorata la cavità uterina risultante dalla inversione, allo scopo di assicurarsi che nessun'ansa intestinale vi fosse stata compresa (pag. 26, linea 28 e seg.).	. . . . . approfondandosi cautamente verso la cavità uterina risultante dalla inversione, allo scopo di assicurarsi che nessun ansa intestinale vi fosse stata compresa (pag. 283, linea 3-4-5).

(1) « Le iniezioni endouterine di euforina nella cura della endometrite. » *Annali di Ost. e Ginecol.*, agosto 1893.

Dott. DECIO.

In poche parole ecco il decorso post operatorio (pag. 28, linea 22).

Una condizione essenziale a ciò che l'inversione si produca, si è la inerzia della fibra uterina (pag. 30, linea 18).

. . . . . una donna che di recente abbia partorito, e meglio ancora se pluripara presenta le pareti addominali floscie, avvizzite, cascanti, in ragione dei reiterati sfiancamenti subiti col volgere delle gestazioni, i retti addominali spesse volte divaricati per ismagliature od assotigliamento delle aponeurosi, condizioni che vengono in gran parte a neutralizzare, per così dire, la pressione sugli organi contenuti nella pelvi (pag. 31, linea 39 e seg.).

. . . . e pensando altresì al tempo talora lungo, in cui un utero puerperale può mantenersi in uno stato di flaccidità considerevole, e ciò in donne obbligate a lasciare il letto 2 o 3 giorni dopo il parto (pag. 31, linea 3 e seg.).

Hunter, Dugès, Courty, Schröder, Emmet, sono d'avviso che determinatasi una depressione del fondo uterino, le contrazioni eventualmente insorgenti possono cacciare innanzi a sè l'infundibolo così formato, ed obbligarlo mano mano a discendere e ad impegnarsi vieppiù sulla zona inferiore e sorpassare l'orificio coll'esito della inversione. È questa l'antica teoria di Astruc (pag. 40, linea 8 e seg.).

Ma se anche immediata, non in tutte le contingenze il taxis è applicabile, esso può riuscire inutile e dannoso (pag. 40, linea 8 e seg.).

Non intendo di passare in rassegna i molteplici mezzi escogitati per ridurre l'inversione nè gli strumenti (pag. 44, linea 25).

. . . la chirurgia moderna coll'ajuto dell'antisepsi e dell'emostasi non dovrebbe rifiu-

Dott. PINNA PINTOR.

Ecco in poche parole il decorso post operatorio (pag. 283, linea 9).

L'inerzia della fibra uterina . . . . . condizione essenziale a ciò che l'inversione si produca (pag. 286, linea 34).

. . . . . in queste (pluripare) le pareti addominali flacide, i muscoli retti soventi divaricati, sono condizioni che tendono a neutralizzare la pressione addominale, ecc. (pag. 286, le ultime 4 righe).

Pensando poi come in donne che lasciano presto il letto dopo il parto l'utero puerperale si conservi per lungo tempo in istato di notevole flaccidità . . . . . (pag. 287, linea 7-8-9).

E questo avviene secondo la vecchia teoria dell'Astruc, poi sostenuta da Hunter, Dugès, Courty, Schröder, Emmet, Pozzi, per l'insorgere di contrazioni alla periferia della zona inerte depressa (paralisi della zona placentare di Rokitanshij) che procedendo dall'alto al basso provocherebbero l'arrovesciamento sempre maggiore, e la discesa del viscere fino a cacciarlo fuori dell'orificio esterno ancora dilatato (p. 287, l. 10 e seg.).

Non sempre però nei casi inveterati e neppure in quelli recentissimi il taxis è applicabile, che anzi un tentativo di riduzione può riuscire non che inutile dannoso (pag. 287, linea 24 e seg.).

Io non intendo qui passare in ressegna i vari processi manuali e stumentali (pag. 287, le 2 penultime righe).

. . . la tecnica dell'amputazione dell'utero invertito venne poi mano mano perfezionandosi

Dott. Decio.

tarè la isterotomia, sicura di ottenere risultati ancora migliori.

Infatti la tecnica della isterotomia venne mano mano perfezionandosi a misura che la chirurgia faceva nuovi acquisti (pag. 46, linea 25 e seg.).

Ma tale metodo non è che una modificazione degli antichi (schiacciatore, clamp, serranodi) e si affida allo spontaneo distacco della porzione uterina che sta sotto il laccio, accompagnata da quell'insieme di fenomeni che sogliono andare di pari passo collo sfacelo dell'organo; oltre a ciò come tutti i metodi di legatura agisce alla cieca per riguardo a quanto possa essere eventualmente contenuto nell'infundibolo uterino (pag. 49, linea 16 e seg.).

Tuttavia queste 2 osservazioni (sono quelle di Hunter e Clarke) sono assai importanti, e segnano un progresso reale (p. 46, penult. riga).

Il processo della legatura a pressione continua od elastica sorge nel 1874 per opera di Courty (pag. 48, linea 28 e seg.).

. . . (come il laccio di Esmarch nelle operazioni che si eseguiscono sugli arti (pag. 52, linea 9 e 10).

Da quanto venni esponendo, parmi che . . . (pag. 53, linea 12).

Dott. Pinna Pintor.

mentre la chirurgia moderna col potente ajuto dell'antisepsi poteva assicurarle risultati sempre migliori (pag. 288, linea 18 e seg.).

Ma questa non è che una modificazione dei metodi antichi (schiacciamento, clamp, serranodi) ed espone a gravi pericoli per la necrosi cui può soggiacere . . . . Questo metodo oltre ai pericoli accennati inerenti allo sfacelo della massa invertita, come tutti gli altri metodi in cui la legatura è l'unico mezzo di amputazione, agisce alla cieca riguardo a ciò che possa per avventura essere contenuto nell'infundibolo uterino (p. 288, penult. riga, p. 289, linea 14 e seg.).

Segna un progresso reale, e importantissimo la sostituzione, ecc. (pag. 288, si riferisce a Courty).

. . . legatura a pressione continua od elastica che vediamo sorgere nel 1874 per opera del Courty (pag. 288).

. . . collo stesso ufficio del laccio di Esmarch nelle operazioni che si eseguiscono sugli arti (pag. 289).

Da quanto venni esponendo, parmi . . . (pagina 291, linea 18).

Bastino simili confronti; mi astengo da qualunque considerazione in proposito, per venire subito alle concordanze concernenti i dati statistici!!

Dalle statistiche portate dal Denucé appare chiaramente che la isterotomia mediante la legatura elastica è quella che diede il minimo di mortalità. Ecco i prospetti:

Per le inversioni puerperali.

Escisione	mortalità	41. 66 0[0
Schiacciamento lineare . .	»	18. 75 »
Cauterizzazione	»	50. -- »
Legatura fissa	»	33. — »
» progressiva . . .	»	18. — »
» elastica . , . .	»	8. — »

L'isterotomia mediante la legatura elastica, secondo le interessanti statistiche del Denucé, tratte da 152 casi di inversione, è quella che diede il minimo di mortalità. Ecco le cifre che riguardouo la inversione puerperale:

Escisione	33. 33 0[0
Schiacciamento	21. 30 »
Cauterizzazione	55. 55 »
Legatura fissa	30. -- »
» progressiva	15. 87 »
» elastica	7. 70 »

Dott. Decio.

Tuttavia giova rammentare che i successi della legatura elastica possono essere in parte devoluti al perfezionamento, che in ogni operazione portò seco l'antisepsi.

Dott. Pinna Pintor.

È da tener conto per altro che le statistiche precedenti sono portate sopra operazioni praticate prima e dopo l'introduzione dell'antisepsi, e che questa nuova grande conquista della chirurgia deve necessariamente diminuire la percentuale della mortalità.

Parmi che quivi, contrariamente e quanto opina il collega, astrazion fatta dal primo periodo, le nostre memorie non concordino affatto sui dati statistici, e sì, che se concordanza doveva esserci, *attingendo alle medesime fonti,* appunto questo era il luogo.

Ma le cifre del Denucé citate dal dott. Pinna Pintor, mi duole il doverlo dire, non risguardano, come egli ha scritto, le *inversioni puerperali,* poichè se il trattato di Denucé fosse stato letto meglio, il collega avrebbe trovato che a pag. 621 sta scritto invero: .... *en distribuant ces 152 cas d'après les méthodes mises en œuvre, je trouve, ainsi que cela ressort des différentes tableaux que j'ai présentés;* e segue una statistica generale che è riportata dal dott. Pinna Pintor, ma se egli avesse solo voltato la pagina, avrebbe trovato nella seguente (622) quest'altro periodo: *Si maintenant à l'exemple de West nous réduisons cette étude statistique* AUX INVERSIONS PUERPERALES SEULES, *en laissant de côté les* INVERSIONS POLIPEUSES, *nous arrivons à des résultats un peu différentes,* e quivi è esposto il prospetto da me citato (1).

* * *

Il dott. Pinna Pintor chiude la lettera dicendo: « D'altra parte, *ciò* « *che è più importante,* il processo operativo seguito dal prof. Bergesio, « *differisce in punti essenziali* da quello seguito dal prof. Mangiagalli, « specie per ciò che riguarda il moncone uterino, su cui il secondo ap- « plica speciale sutura, mentre il primo non ne applica affatto, ed es-

(1) Per un errore, o dimenticanza tipografica, nella mia memoria di 2 anni or sono fu segnata la mortalità colla legatura elastica con la cifra 8, mentre nel Denucé figura con 8. 33 0[0.

« senzialmente differenti sono per conseguenza le mie considerazioni « relative. »

Risponderò al dott. Pinna, primo: ricordandogli le mie ultime righe di recensione del suo lavoro, così concepite: *L'autore non è partigiano delle suture complementari del moncone*, parole colle quali io appalesavo la unica differenza del metodo operativo seguito dal prof. Bergesio da quello del prof. Mangiagalli. In secondo luogo dirò, che le considerazioni *a giustifica della scelta del metodo operativo impiegato dal dott. Bergesio*, trovano un raffronto perfetto nelle mie righe, non solo nel concetto, ma bene spesso nella forma: le considerazioni a proposito dei metodi di Faivre de Vesoul, di Hunter, di Dumbarton, di Clarke, di Higgius e di Velpeau, la critica di quello di Perier, di Hegar e Kaltenbach, e sopratutto le considerazioni sulla manovra di Hublier de Provins, sulla quale io ho tanto insistito, sono esposte con sì sorprendente somiglianza, che, mi perdoni il collega, se io supposi per un istante ch' egli avesse avuto conoscenza della mia pubblicazione.

Tanto più poi, che avendo io formulato delle conclusioni, ed indicata una tecnica operativa metodica, in cui mi ero preoccupato di far entrare la parte razionale e migliore di tutti i singoli metodi, avendo io propugnata la manovra di Hublier (confrontandola col laccio d'Esmarch, paragone testualmente riportato), avendo io propugnato le suture, avendo io esposta la opportunità di togliere il laccio, anzichè abbandonarlo alla spontanea caduta, io trovo che il collega, pur accettando di attuare la manovra di Hublier, combatte la sutura, colla critica da me usata pel metodo di Hegar e Kaltenbach, e tocca il quesito se sia conveniente di lasciare che il laccio cada spontaneamente.

Il trattamento usato dal dott. Bergesio in ciò solo differisce da quello del prof. Mangiagalli, che tralascia cioè il tempo finale della sutura; non so davvero ove siano gli altri *punti essenziali* di differenza!

Come tale la isterotomia eseguita dal dott. Bergesio non mette al riparo della reinversione del moncone, e parmi poi operazione incompleta. E d'altra parte, come mai pochi punti di sutura *possono complicare l'atto operatorio?* come mai possono riuscir pericolosi, se attuata la cautela di Hublier di Provins?

Colle suture si aumentano le garanzie della emostasi, anzi, come io ho proposto, il laccio costrittore può essere tolto subito, non rima-

nendo alcun segmento di utero invertito (al di sotto del laccio) *votato alla necrosi,* segmento che pur essendo ridotto al *minimum* (come dice il dott. Pinna Pintor), espone ai *pericoli di sepsi,* ai quali io aggungerei in prima linea quello della eventuale possibilità che il laccio elastico possa sfuggire appunto per questa ultima condizione, che deve agevolare il movimento di reinversione.

Ma basti di ciò.

Credetti mio dovere il giustificare come in me possa essere nato il dubbio ora *formalmente* smentito dal dott. Pinna Pintor, il quale non potrà averne a male, se io ora e per sempre chiudendo il mio dire su questa questione, userò alla mia volta di una sua frase, per dichiarare, che se l'ho risuscitata, non fu certo *per amore di polemica, ma di pura verità.*

Milano, 15 febbrajo 1894.

RASSEGNA

Dott. MUZIO PAZZI. — **Primo caso d'ovario-salpingectomia vaginale eseguita dal prof. Ruggi con la preventiva estrazione dell'utero e successiva riposizione di questo in sede normale.** — (Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna nella sera del 1.° Dicembre 1893).

L'A. in un breve preambolo ringrazia il prof. Ruggi per avergli permesso di fare la comunicazione preventiva di un nuovo processo operatorio per la prima volta eseguito sopra una sua malata; e poscia fa un accenno dei moderni progressi della ginecologia. Fatta quindi la storia dettagliata del caso clinico, descrive il processo operatorio dividendolo in 5 tempi:

1. Cloroformizzata la donna e messa nella posizione dorsosacrale, con gambe divaricate e flesse, fu applicato lo speculum irrigatore del *Fritsch* e mediante le pinze da isterectomia del *Ruggi* fu abbassato il collo dell'utero, fino all'orificio vulvare.

2. Taglio circolare ad un centimetro circa dalla estremità vaginale della cervice, scollamento del corpo dell'utero dalla vescica e dall'intestino retto, legature laterali col metodo *Ruggi* ed apertura dei fornici.

3. Estrazione dell'utero, lussazione dell'ovaio ammalato e della salpinge relativa, allacciatura dei peduncoli, esportazione delle appendici di sinistra.

4. Riposizione dell'utero, amputazione della porzione infravaginale del collo e fissazione dell'utero stesso con la chiusura dei fornici.

5. Medicatura con tamponamento alla garza iodoformica.

L'A. in seguito racconta i postumi dell'operazione e dichiarando che la sua malata è perfettamente guarita non solo, ma dopo un mese dall'operazione si è ripresa nella medesima la funzione mestruale.

In ultimo l'A. in base allo studio delle opere recenti di ginecologia di *Hegar*, *Kaltenbak*, di *Hart-Barbour*, di *Graily Hewit*, di *Auvard*, di *Martin*, di *Pozzi*, di *Scroeder-Hofmeier*, di *Müller*, di *Zweifel*, di *Dührssen* ed altri, dichiara di avere trovato una lacuna riguardo alla nosografia esatta e fondata di tutte le

isterectomie fino ad ora proposte ed usate, ed appoggiandosi sopra criteri clinici ed anatomici propone la seguente nuova classificazione:

a) Isterectomia parziale addominale senza demolizione degli annessi.

b) Isterectomia parziale addominale con demolizione degli annessi.

c) Isterectomia totale addominale senza demolizione degli annessi.

d) Isterectomia totale addominale con demolizione degli annessi.

e) Isterectomia parziale vaginale senza demolizione degli annessi.

f) Isterectomia parziale vaginale con demolizione degli annessi, o meglio ancora Isterectomia curativa alla *Ruggi*.

g) Isterectomia totale vaginale senza demolizione degli annessi.

h) Isterectomia totale vaginale con demolizione degli annessi.

i) Isterectomia mista.

k) Isterectomia extraaddominale ed extravaginale.

L'A. per ognuna di tali divisioni da pure un breve accenno delle varie indicazioni operatorie e delle varie modalità dei processi operatori più conosciuti e divulgati.

F. La Torre. — **Contributo alla etiologia ed alla cura dei vomiti incoercibili gravidici.** — Dal *Bollettino della Società Lancisiana* degli Ospedali di Roma, anno XIII, 1893.

Accennato alla confusione che ha sempre regnato nella determinazione dei momenti eziologici, nella patogenesi di questo morbo, presenta un contributo di casi trattati con un farmaco, che, dato il concetto che l'A. si formò della malattia, crede razionale. L'A. passa poscia in rassegna le ipotesi di Guéniot, di Graily-Hewit, di Pugliatti, nelle quali tutte è riconosciuta una lesione del collo uterino come causa dei vomiti, in quanto che essa lesione agisce irritando i nervi del tessuto uterino, causa questa che a sua volta agisce riflessoriamente, per cui il vomito insorge. Ma fa osservare che molte gestanti con ulcerazioni sul collo dell'utero, non hanno vomiti, e quindi è necessario che altri elementi vi concorrano per assodare che queste lesioni siano il punto di partenza dei riflessi. Concede molta importanza alle modificazioni del sistema nervoso centrale e periferico che sogliono accompagnare la gravidanza; ed in modo speciale alla congestione ed al rammollimento, congestione attiva e passiva, per cui originansi aumento di acido carbonico, edema collatente nei tessuti, stiramenti e compressione dei filetti nervosi, eccitati ed irritati forse in grado maggiore per lesioni dei tessuti e della compressione. Ecco il meccanismo patogenetico dei vomiti infrenabili secondo l'A., il quale si rivolge specialmente a vincere la congestione, che modificando i nervi, estingue il focolajo dei riflessi, e quindi il perturbamento della funzione gastrica.

Partendo da questo concetto patogenetico (congestione), trova irrazionali tutte le cure mediche generali; ciò che occorre è la sottrazione di sangue dal collo uterino, ed il ripristinamento della circolazione da una parte, da ottenersi con tutti i mezzi possibili, e dall'altra modificare e sedare i nervi. Infatti così agisce spontaneamente, e beneficamente l'aborto, così indirettamente agiscono i metodi di Pugliatti e di Copeman, cioè riattivando la circolazione della cervice, nè altrimenti agisce il massaggio di Brandt. Consiglia perciò i glicerolati di sostanze astringenti ed antiflogistiche, tannino, belladonna, cocaina, mignatte, scarificazioni, doccie calde, massaggio. Dà tuttavia la preferenza al glicerolato ittiolico al 20 0[0 per le sue proprietà osmotico-analgetiche ed antiflogistiche.

Seguono tre osservazioni. DECIO.

F. LA TORRE. — **Nota clinica sul flemmone del legamento largo a ferro di cavallo.** — *Bollettino della Società Lancisiana,* seduta X, 18 giugno 1892.

Accenna dapprima ai diversi pareri emessi su questa forma morbosa, citando Courty, Pozzi, Auvard, ed altri ancora. L'autore non vuole negare la reale esistenza del flemmone del legamento largo, ma avanza il dubbio che il detto flemmone del legamento largo, sia più effetto di una concezione teoretica, anzichè un fatto clinico, o per lo meno deve incontrarsi in pratica molto raramente, o facilmente confondersi con collezioni delle trombe. Ed in prova di ciò riferisce una storia clinica in cui una salpingite aveva vestito tutti i caratteri che soglionsi descrivere a proposito del flemmone del legamento largo.

DECIO.

Dott. ENRICO ERMANO. — **Contributo allo studio clinico dei fibromiomi dell'utero. Delle indicazioni all'intervento chirurgico, e del valore terapico di alcuni trattamenti operativi.** — *Raccoglitore Medico,* giugno 1893, N. 16, 17, 18, vol. V, serie V.

L'A. si diffonde primieramente sui criteri per giudicare della opportunità di un intervento chirurgico per fibromi, che sono una specializzazione dei concetti generali che reggono ogni intervento operatorio intrapreso per altri morbi. Fra questi concetti non va dimenticata la prognosi della malattia lasciata a decorso spontaneo. La prognosi dei fibromi è assai diversa, ve ne sono alcuni latenti, accidentalmente svelati, altri che subiscono degenerazioni varie, altri che si com-

plicano a gravidanza. Pei primi la decisione è affatto negativa, urgente invece pei secondi.

L'A. considera poscia un'altra questione, si deve asportare un fibro-mioma pel semplice fatto che esso può degenerare in sarcoma o complicarsi con cancro del collo e del corpo uterino?

Le idee di Virchow, che dal tessuto del fibro-mioma avesse origine il cancro, sono ora dimostrate erronee: resta a decidersi se allorquando si presenta un fibroma ed un carcinoma si tratti di una pura coincidenza, o se esista un nesso di causa ed effetto. Vi sono molti argomenti che tendono a dimostrare la semplice coincidenza, ma taluni autori sarebbero d'avviso che dal fibroma possa originare il cancro (Simpson, Bötticher, Veit, Wahrendorff). Di fronte a tali dubbiezze non essendo accertato il rapporto etiologico, non si deve operare un fibroma che non reca noje. *Lo sviluppo rapido* del tumore, le *emorragie* talvolta minacciose consigliano il rapido intervento. Quivi si diffonde sulla eziologia di dette emorragie, parla della endometrite concomitante, e non si dichiara paladino del raschiamento se non in determinati casi. Crede possibile l'emorragia senza endometrite, per parziale rottura delle vene della mucosa alterata per processi di atrofia. Il *dolore* è un altra indicazione di operazione, ma solo quando faccia sospettare una torsione del peduncolo, per la sua improvvisa insorgenza, oppure una peritonite parziale. *L'incapacità al lavoro* costituisce una indicazione per l'intervento operatorio, tuttavia ammette essere questione seria e delicata nel caso che, silente ogni altro fenomeno inquietante che spinga l'ammalata al chirurgo, questa avesse a soccombere in seguito all'intervento operativo.

I fenomeni di compressione specialmente se si verificano in una giovane consigliano senz'altro l'operazione. Importante è la compressione degli ureteri, sia unilaterale che bilaterale. *La suppurazione o l'icorizzazione, l'ascite copiosa, l'inversione uterina* sono pure indicazioni razionali dell'atto operativo. La sterilità potrebbe indicare l'intervento, qualora dalle statistiche fosse dimostrato un concepimento in seguito alla operazione di Martin.

L'A. parla in seguito dei *fibromi nel corso della gravidanza* e di quelli che recano distocia *nel parto*. Nel caso di fibroma sottosieroso peduncolato o sessile, che rechi disturbi di compressione allo stomaco od altri visceri toracici, si farà la miomectomia con buona speranza pel decorso ulteriore della gravidanza. Se altri nodi esistessero intramurali, sarà indicata l'amputazione sopravaginale dell'utero gravido, o l'esportazione totale. I tumori sottomucosi di rado permettono la gravidanza, ma se questa avviene, può continuare per lo più nella sua evoluzione, e se all'atto del parto il tumore si spingesse avanti alla parte presentata, può essere tolto per torsione, qualora fosse peduncolato. Anche i tumori peduncolati sottosierosi potrebbero, scendendo in basso nel bacino, impedire l'impegno della

parte fetale. L'ostetrico dovrà tentare di respingerlo con manovre bimanuali nè dovrà perdersi d'animo ai primi insuccessi. Alla stregua di alcune statistiche dimostra la gravità dell'intervento laparotomico quando il tumore è incuneato nel piccolo bacino. Nè in puerperio cessano i pericoli causati dalla presenza dei fibromi nell'utero, emorragia, sepsi.

Conclude. L'indicazione della operazione è data dai sintomi dell'organismo, talora gravi al punto da costituire una *indicatio vitalis.*

Sviluppo rapido, emorragie, dolori invincibili, incapacità al lavoro, secondo le classi sociali cui la donna appartiene, compressione su altri visceri, e specialmente se compressi gli ureteri, icorizzazione, ascite, prolasso uterino.

La sterilità non autorizza che l'escisione, sull'utero gravido si opera colle stesse indicazioni che valgono per l'utero in istato di riposo.

L'aborto provocato è assai pericoloso per eventuali emorragie.

Nel parto distocico per fibroma l'operazione Porro, e l'esportazione totale addominale dell'utero gravido hanno reali vantaggi sul metodo Sänger. In puerperio l'operazione può essere indicata per l'emorragia e per l'icorizzazione del tumore.

Decio.

Doct. J. Chalmers Cameron. — **La Symphyséotomie au Canada.** — Lettre A. M. le doct. Varnier.

Nella lettera sono esposti 3 casi di sinfisiotomia, la prima del dott. Springle di Montréal, eseguita il 5 dicembre 1892, in un ambiente infelice in pratica privata. Coniugata di mill. 75, estrazione col forcipe, lacerazione del perineo. Cicatrizzazione della sinfisi lenta per una fistola che finì per guarire. Madre e figlio sani.

La seconda appartiene all' autore, eseguita il 3 maggio 1893. Coniugata 65 millimetri, estrazione col forcipe, sutura metallica della sinfisi. Riunione per prima intenzione. Transitoria incontinenza di orina. Feto vivo.

La terza appartiene al dott. Burns ed Atherton di Toronto, eseguita il 30 giugno. Coniugata 76 millimetri. Feto vivo, madre salva. Decio.

Faraboeuf. — **Histoire de la pelviotomie.** — *Annales de Gyn. ed Obst.*, mars 1893.

È una tavola sinottica storica, grafica, destinata a completare alcuni articoli sulla pelviotomia, ed a permettere a ciascuno di confrontare rapidamente a colpo d'occhio i diversi processi impiegati da Sigault, Aitken, Galbiati, Pitois, Faraboeuf.

Decio.

J. Fabre. — **De la réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente de la plaie de laparotomie au niveau de l'ouverture nécessitée par le drainage abdominal.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, octobre 1893.

È un metodo operatorio consigliato da Laroyenne, ed ha per iscopo di diminuire la durata della cicatrizzazione, e conseguentemente la eventualità di infezione succedanea ad una laparotomia. Inoltre il metodo permette di ottenere una riunione solida dei diversi strati delle pareti stesse, senza dover ricorrere ad un secondo intervento per scongiurare lo sventramento, che spesso ha origine al posto ove fu posto il consueto drenaggio. Per ciò Laroyenne sostituisce il tamponamento alla Mikulicz al drenaggio che presenta gli inconvenienti delle fistole o degli sventramenti. Il manuale operatorio è assai semplice, bisogna solo poter orizzontarsi facilmente framezzo ai fili lasciati a permanenza. Alcuni fili, precisamente quelli corrispondenti alla tasca tamponata, non sono annodati che al momento in cui si leva la garza. Secondo tale espediente è successivamente impossibile distinguere la parete di ferita riunita secondariamente da quella che cicatrizzò per prima intenzione.

Decio.

Ratchinsky. — **La suture abdominale après la laparotomie.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, septembre 1893.

Accennato l'accidente dell'ernia post-laparotomica, crede utile passare in rassegna il diverso valore delle suture comunemente usate. Esamina il materiale di sutura, rifiutando il catgut. Circa la modalità della sutura ricorda primieramente quella a punti staccati, non mancando di descrivere quei metodi che si basano sulle suture a strati. Parla poscia della tecnica, del modo di fare i nodi, del numero dei punti, della loro distanza. Studia il meccanismo dell'ernia della linea alba dovuta alla divaricazione dei muscoli retti, per cui la migliore profilassi sarà nella esatta riunione degli strati muscolo-aponeurotici.

Si intrattiene circa il tempo nel quale devono essere levati i punti. È quindi esposto il metodo dell'autore, che consiste in una sutura a due piani, che garantisce il parallelismo delle superfici affrontate; la sutura profonda muscola aponeurotica è praticata pur essa colla seta.

Decio.

Note di terapia ostetrica e ginecologica

Cura dell'eclampsia

Deshages raccomanda le iniezioni sottocutanee di cloralio quando il medicamento non può essere amministrato altrimenti. La dose è da 0,50 grammi ad un gramma, ma siccome le iniezioni sono dolorosissime, così non ponno essere fatte che nel coma, a meno che non si addizioni della cocaina.

Dell'uso del petrolio nella cura del cancro uterino e delle vaginiti (Desprez).

Se si tratta di cancro il petrolio toglie l'odore insopportabile dei secreti vaginali, fa cadere le parti in sfacelo ed essica la superficie dell'ulcerazione arrestandone il decorso. Le perdite diminuiscono. Le iniezioni di petrolio sono specialmente utili nelle vaginiti recenti, perchè il liquido resta aderente alla mucosa e costituisce una medicazione a permanenza. Desprez si propone di ricorrere al petrolio per curare le uretriti blennoragiche, perchè al contrario di tutte le iniezioni preconizzate non è per nulla caustico.

Il clorato di potassa come galattogeno.

Il dott. Harkin di Belfast ritiene che il clorato di potassa abbia la proprietà di attivare la secrezione lattea basandosi sui successi ottenuti in molti anni. Il rimedio non arreca alcun inconveniente alla madre od al feto, non ha effetto alcuno quando la secrezione è abbondante, ma agisce solo quando essa è scarsa. Si prescrive nella dose di 4 grammi *pro die* avanti i pasti.

Azione inibitoria della cocaina sulla secrezione lattea.

In un caso di ragadi del capezzolo il dott. Guenel vide la secrezione lattea arrestarsi sotto l'influenza dell'applicazione di una soluzione di cocaina al 2 0[0. Le mammelle divennero cascanti ed il capezzolo non si erigeva più. Cessato l'uso della cocaina la funzione della ghiandola mammaria si ristabilì a poco a poco. Questa osservazione trovò conferma in altre parecchie e l'effetto della cocaina si attribuisce alla sua azione vaso-costrittrice.

BIBLIOGRAFIA

Dott. C. H. Stratz. — **Circulationsstörungen und Entzündungen der Ovarien und Tuben** (*Alterazioni circolatorie e processi infiammatori delle ovaie e delle tube*). Con 12 tavole. — Berlino, Edit. Fischer.

I. Patologia delle ovaie.

L'A. ricorda anzi tutto quanto la scienza deve a Waldeyer pei lavori suoi fondamentali intorno all'anatomia ed all'embriologia della ghiandola genitale femminea, e come per iniziativa di lui si presero anche a studiare le variazioni che, in condizioni ancora fisiologiche, apportano all'organo l'ovulazione, la coabitazione, la gravidanza. È appunto l'avvicendarsi di tali numerose variazioni che rende difficile stabilire con certezza il passaggio agli stati patologici.

Iperemia dell'ovaio. — L'A. reca la storia clinica ed i reperti macro e microscopici relativi a una ragazza di 15 anni e mezzo cui furono tolte le ovaie al secondo giorno dall'inizio della mestruazione, nonchè le storie ed i reperti relativi alle ovaie di due donne al termine di gravidanza. È giunto alla conclusione che « le ovaie sono soggette durante la mestruazione, la gravidanza, e forse anche « nel coito, a iperemie puramente fisiologiche; le quali si rilevano: nel sistema « dei vasi ovarici a pareti sottili, per la turgidezza e per la tortuosità di queste; « nello stroma, per l'imbibizione sierosa: esse possono anche passare con grande « facilità all'emorragia ed all'infiammazione. »

Emorragia delle ovaie. — È questo un fenomeno che, secondo Schröder, Olshausen, Benckiser, e secondo l'A. stesso, accompagna spesso, ma non necessariamente, la maturazione dell'uovo: fu inoltre osservato in molte malattie: nello scorbuto, nella febbre ricorrente, nei vizi cardiaci, nell'avvelenamento da fosforo, nei processi infiammatori, nelle infezioni in genere (tifo, scarlattina, colera), nelle bambine nate in seguito a parti difficili. Di tali emorragie si hanno nella letteratura frequenti e accurate descrizioni macroscopiche: mancano invece quelle microscopiche, epperò l'A. si propose di colmare tale lacuna. I suoi risultati si possano così riassumere:

« L'ovaio ha due sistemi di vasi: gli uni decorrono rettilinei e sono forniti « di grosse pareti: gli altri sono tortuosi ed a pareti sottili: questi ultimi si di- « ramano principalmente alla periferia della sostanza corticale, e, sia per l'attività « grande della circolazione ovarica, sia per la poca resistenza di tali vasi, hanno « luogo facilmente le emorragie, incominciando appunto là ove essi fuoriescono « dallo stroma.

« Trattandosi di piccoli follicoli (follicoli primitivi), il sangue si versa nel « tessuto che da vicino li circonda; nei follicoli maggiori il versamento succede « nella Theca interna, o almeno negli strati più esterni di essa, e nel confine fra « essa e lo stroma atteggiato a Theca esterna: nel primo caso l'emorragia dicesi « *interstiziale*, nel secondo, *follicolare*. Nei più alti gradi dell'emorragia interstiziale le fibre dello stroma possono essere scompigliate ed anche distrutte: nella « follicolare, essa spinge l'epitelio innanzi a sè, mentre il contenuto di esso viene « riassorbito, ed, in generale, membrana granulosa ed uovo vanno incontro a processi degenerativi.

« Le due forme si trovano per lo più commiste, ma più frequenti sono gli « stravasi sanguigni nel territorio dei maggiori follicoli.

« Nei casi estremi, in cui l'ovaia intera è mutata in una cisti sanguigna, è « difficilissimo rintracciare da qual parte iniziò l'emorragia.. »

A queste osservazioni dell'A. si potrebbero per avventura fare alcune obiezioni specialmente in rapporto ad alcuni metodi tecnici da lui usati. L'A. ripudia la fissazione e l'indurimento dei pezzi col bicromato di potassa, osservando che questa sostanza rigonfia i tessuti connettivi e non permette le colorazioni nucleari: quantunque non lo dica, si capisce che egli fa uso degli alcool. A ciò si potrebbe obiettare che il bicromato di potassa impedisce il fissarsi in modo elettivo dei colori sulla nucleocromatina e non serve quindi alla dimostrazione dei processi cariocinetici: però i nuclei ne vengono più che a sufficenza colorati, mentre di tanto guadagna la colorazione dei protoplasmi. Ma sopratutto è a considerare che nello studio di processi emorragici il bicromato avrebbe con grande vantaggio sostituito l'alcool, il quale, come è ben noto, scioglie in massima parte l'emoglibina dei globuli rossi che appaiono allora estremamente pallidi, ridotti a cerchiello. Tale osservazione si presenta con particolare insistenza alla mente del lettore quando questo considera la figura *C* della Tav. VI, 1, dove l'A. interpreta come strato di globuli rossi, il fondo del preparato a piastrelle piccolissime, esagonali, gialliccie, e quali globuli bianchi, alcuni elementi rotondi qua e là sparsi: mentre globuli rossi e globuli bianchi dovrebbero avere, in un disegno che dicesi fedelmente tolto da un'imagine ingrandita 1000 volte, aspetto diverso e dimensioni di gran lunga maggiori.

Ooforiti. — Accennato in breve ai diversi modi con cui furono le ooforiti dai vari autori studiate e classificate, l'A. crede di dovere, in armonia coll'osservazione clinica e coi reperti anatomici, semplicemente distinguere fra ooforiti acute ed ooforiti croniche: esatte distinzioni basate sui rapporti delle diverse parti colpite dell'organo (stroma e parenchima) non sono possibili, giacchè stroma e parenchima non sono mai isolatamente colpiti.

Ooforiti acute. — L'A. si chiede anzitutto quale importanza abbia in tali processi la presenza dei microrganismi: secondo lui quelli possono esistere anche senza questi: le differenze di specie non hanno influenza sul processo: i reperti istologici sempre concordi fra loro, sia che le ricerche batteriologiche abbiano dato reperti positivi o negativi. Le alterazioni che si incontrano nelle ovaie colpite da infiammazione acuta sono essenzialmente le seguenti:

« *per quanto riguarda i vasi:* aumento e ipertrofia dei vasi ovarici a sottile parete, fuoruscita in massa dei globuli bianchi, trasudamento di siero nel « tessuto circostante;

« *per quanto riguarda lo stroma e i suoi derivati* (Theca fibrosa, Theca in-
« terna): infiltrazione parvicellulare lungo i vasi e nel tessuto che limita tanto i
« follicoli maggiori quanto i follicoli primitivi;

« *per quanto riguarda il parenchima* (epitel. di rivestimento, epitel. dei foll.-
« epitel. dei foll. primitivi): forte secrezione sierosa, mista a detriti finamente
« granulosi: ordinamento atipico degli epiteli, con caduta di alcuni di essi: forte
« accentuamento dei processi di divisione nucleare, tumefazione torbida e distruzione
« delle cellule. »

Ooforite cronica. — Lo studio dell'A. si fonda sulla descrizione clinica ed anatomica di 9 casi: le sue conclusioni sono le seguenti:

« *Stroma e suoi derivati:* lo stroma è sparso di focolai d'infiltrazione parvi-
« cellulare, specialmente lungo i vasi: pareti vasali in parte ipertrofiche, in parte
« diventate jaline.

« La tunica esterna è fortemente stipata, di aspetto jalino, ha molte cellule
« allungate simili a quelle del tessuto elastico.

« La tunica interna, o è assai lussureggiante, offrendo in tal caso corpi al-
« bicanti che sostituiscono il tessuto dei follicoli, ed è atrofica fino a ridursi a
« sottile membrana ialina (membrana basale di altri autori), ed arriva anche
« a scomparire del tutto.

« *Epitelio germinativo e suoi derivati:* l'epitelio si riduce ad un semplice
« strato, i nuclei si alterano e diventano granulosi, e da ultimo protoplasma e
« nucleo si sciolgono in un detrito di fine granulazioni. I follicoli o si atrofizzano
« in seguito a caduta dell'epitelio e sono sostituiti da corpi albicanti sviluppatisi
« nella T. interna proliferante, oppure degenerano in cisti nelle quali dapprima
« è ancora riscontrabile la struttura originale, mentre in seguito l'epitelio cade
« in tutto e in parte, ed esse si riempiono di liquido commisto a detriti granulosi.

« L'epitelio di rivestimento va incontro ad analoghe alterazioni e si atrofizza.

II. Patologia delle tube.

Discorrendo dapprima in modo generale delle alterazioni tubarie, l'A. rileva giustamente come per esse, assai più che per le ovariche, debbasi tener conto dell'azione dei bacteri, potendo questi, per rapporti anatomici, più facilmente penetrare dall'esterno.

Tra le alterazioni circolatorie, studia quelle riscontrate da lui nelle tube di una ragazza al terzo giorno della mestruazione: quivi trovò alcune piccole emorragie negli strati esterni della muscolare: però trattandosi di un'unica operazione l'A. stesso non crede che essa abbia valore definitivo.

Ematosalpinge. — Il quadro istologico di tale alterazione è il seguente:

Tunica muscolare ispessita, ipertrofia, con piccoli focolai d'infiltrazione parvicellulare lungo i vasi, mucosa occupata da masse giallo-brune, finamente granulose, circondate nella loro totalità da un sottile strato epiteliare. Tali masse si trovano pure nel lume delle tube, fra le ripiegature molto fitte della mucosa.

Il tessuto connettivo dello stroma e i suoi numerosi vasi sono quasi affatto spariti: solo nelle parti centrali delle ripiegature vi sono traccie di tale tessuto, cir-

condato immediatamente, da una zona fitta d'infiltrazione parvicellulare e più all'esterno dalle masse detritiche ora accennate, sparse di poche cellule rotonde.

L'epitelio è fortemente appiattito e in alcuni punti interrotto dalle masse detritiche fuoruscenti liberamente nel lume.

Si tratta adunque di emorragie che risiedono dapprincipio nel tessuto sottomucoso della parete tubaria e che secondariamente distruggono il tessuto connettivo, e distendono, appiattiscono, rompono il rivestimento epiteliare.

Infiammazione delle tube. — In un caso di *salpingite acuta* l'A. rinvenne all'esame batteriologico lo Staphylococcus pyogenes e lo Staphylococcus pyogenes albus, quanto ai reperti microscopici, essi coincidono precisamente con quelli avuti già da Orthmann.

Studiò pure tre casi di *salpingite cronica* e quattro di *idrosalpinge*, riscontrando, nei primi alterazioni analoghe a quelle trovate al margine dei grossi follicoli nell'ooforite cronica, nei secondi, focolai parvicellulari infiltranti le pareti della sacca e l'epitelio ridotto ad isole, avendo perduto il normale ordinamento.

Nei casi di idrosalpinge le indagini batteriologiche furono negative.

Dott. Luigi Villa.

Zwei neue Gefrierschnitte Gebärender: Von D.r med. Paul Zweifel a. ö. Professor an der Universität. Leipzig, Verlag von Veit e Comp., 1893. — *(Nuove sezioni di cadaveri congelati di donne partorienti).*

Questa pubblicazione fa degno seguito a quelle inglesi, austriache, germaniche ed italiane sull'argomento. È un elegantissimo atlante in folio che contiene dieci tavole con sedici nitidissime figure in litografia e cinque fotografie, illustrato da quindici pagine di testo, e dedicato dall'autore alla memoria del prof. W. Braune.

Quest'opera che dovrebbe far arrossire certi editori italiani per la loro grettezza, merita un esame particolareggiato.

Quantunque queste pubblicazioni vadano sempre più aumentando e siano oramai in buon numero, contribuiscono però tutte largamente allo scopo che si prefiggono, nello studio dell'ostetricia, anche se ve ne siano di quelle che raccolgono dei fatti senza esporli con ordine sistematico, come ha fatto Braune.

Siccome però esse sono effettivamente molte, lo Zweifel dopo aver già provato ripetutamente a fare di simili pubblicazioni (Lipsia 1890), è d'avviso che solamente si debbano fare quando i fatti che le consigliano siano straordinarii.

Quantunque anche nelle nostre Cliniche (prof. Chiara) e assai recentemente (prof. Pestalozza) si sia adoperato questo metodo della congelazione ed il metodo sia piuttosto noto, credo opportuno riferire quello adoperato da Zweifel perchè mi pare perfezionato.

Il primo dei due casi rappresentati dallo Zweifel in questa sua pubblicazione era dato da una partoriente morta il 29 febbraio 1892, per eclampsia e rottura d'utero spontanea, mentre la testa fetale veniva espulsa dai genitali (O. I. S. A. movimento di disimpegno della parte presentata, e rotazione esterna) e le spalle colla rimanente parte del feto restavano ancora nel canale genitale. Già da tempo erasi pronosticata e diagnosticata la morte del feto.

Nel secondo caso si trattava di una donna morta per emorragia da placenta previa dopo il rivolgimento. Anche in questo caso il feto, che era già morto, fu lasciato nell'utero.

La congelazione venne eseguita non sull'intiero cadavere ma solo sul bacino coi genitali interni ed esterni e col feto. Si adoperò una miscela frigorifera di ghiaccio e sale, ed il termometro segnalò a contatto del cadavere per la durata di otto giorni una temperatura di 10 gradi Reaumur. Prima del congelamento venne eseguito anche una impronta in gesso della forma esterna del corpo. I tagli furono fatti nel Laboratorio d'anatomia del prof. His da un falegname con una sega, sopra righe tracciate sul pezzo preventivamente.

Sulla metà destra del primo pezzo si eseguirono tre sezioni longitudinali; sulla metà sinistra ne vennero eseguite tre verticali all'asse maggiore del corpo di cui una un po' al di sopra dello stretto superiore, una circa alla parte media dello scavo (tra il secondo ed il terzo pezzo del sacro) ed una allo stretto inferiore.

Per avere la massima fedeltà di particolari nella riproduzione fotografica furono adoperate piastre sensibilizzate ai colori (Hunger e Hoffmann, Dresda) e queste lastre servirono non alla riproduzione diretta, ma come fondo di una riproduzione litografica dei preparati. Ciò perchè questi essendo coperti da una superficie lucida (ghiaccio) fungente da specchio, non potevano essere riprodotti direttamente.

Col gesso venne riprodotto prima il torso materno col feto, e poi (injettato dell'alcool con una Pravaz) tra il feto e la parete uterina, si riprodusse la negativa del canale genitale privo del feto. Le forme disseccate si corrispondevano esattamente per la metà sinistra, non così bene invece a destra in causa della presenza delle estremità fetali interrotte dal taglio.

Il secondo pezzo anatomico fu riprodotto fotograficamente dalle sezioni in grandezza naturale; furono però fatte solo dalle sezioni trasversali; il pezzo non fu messo a congelare quando si trovava in istato di rigidità cadaverica (come fu fatto nell'altra pubblicazione Zweifel-Braune), ma invece quando le parti erano rilassate, onde far gelare l'utero non contratto ma completamente floscio. Qui vennero eseguite tre sezioni trasversali del bacino a varia altezza. Finito il getto in gesso se ne presero le fotografie collo stereoscopio onde avere immagini ridotte in grandezza ma fedeli nei minuti dettagli.

L'autore espone in seguito la storia clinica del primo caso: Scegliendo i punti più salienti del caso clinico e dell'autopsia, giova notare che si trattava di *un caso di eclampsia* senza albumina nelle urine, con precedenti di sifilide, senza emorragie cerebrali, con suppurazione dell'antro di Highmoro e del seno frontale sinistro, senza focolai suppurativi cerebrali e meningei. Reni e milza normali. Uretere sinistro e relativo bacinetto renale dilatato. L'urina conteneva traccie di sostanze coloranti biliari. Il fegato presentava notevoli alterazioni tanto nel parenchima che nella sierosa (territorii giallastri, ispessimento e necrosi del parenchima). Sangue libero nella cavità peritoneale, che si constatò poi derivante da rottura d'utero. È di grande importanza notare anche che questa autopsia fu eseguita da Schmorl autore di un pregiatissimo e recente lavoro sull'eclampsia.

Essendo la donna, morta quando la testa fetale, eseguito il moto di rotazione interno, si metteva in estensione superando l'anello vulvare, ed essendo la tuba stata espulsa dopo che la donna trasse l'ultimo anelito, l'autore è del parere che

la rottura d'utero avvenne dopo morte, perchè se fosse avvenuta prima, la testa fetale sarebbe rimasta nello scavo, e quindi essendovi anche in campo la rigidità cadaverica del feto, egli crede che la rottura d'utero sia stata prodotta da un'attività *post mortem* dell' utero.

La storia clinica del secondo caso è simile a tutte quelle delle morte per emorragia da placenta previa marginale. *Le osservazioni anatomiche* delle tavole comprendono: *a*) la delimitazione accurata dell'ulcerazione dell'orificio uterino interno per rispetto all'aderenza del peritoneo, per rispetto al mutamento della mucosa, ed alla presenza della vena circolare che nel caso II mancava. Seguono poi esatte misurazioni della pelvi con un esame accurato dell' utero, della vagina, e dell'atteggiamento del feto. Un altro capitolo illustra il meccanesimo del parto della tuberosità spalle, e l'autore raccoglie dalle tavole e dai getti in gesso, nuove prove a sostenere il suo concetto che in questo tempo del meccanesimo del parto: *dorsum primum motum sit*, opinione contraddetta invece da Olshausen.

Chiude infine il testo illustrativo di questa opera che si può chiamare veramente bellissima, un accuratissimo capitolo sulle modificazioni subite dal segmento inferiore dell'utero e dal collo uterino, durante il travaglio del parto. Su queste tavole, dice lo Zweifel, vengono fornite le prove, 1.° che l'orificio uterino interno si trova respinto molto in alto, e 2.° che si può provare microscopicamente e macroscopicamente che il collo dell'utero può subire una distensione enorme, e quindi rimette in campo la grande discussione sul segmento inferiore dell'utero.

Dopo il caso II egli viene quindi alle seguenti due importanti conclusioni: 1.° *Il segmento uterino inferiore disteso non è altro che il canale cervicale*, e la rottura d'utero spontanea in questo caso era un distacco del corpo dal collo uterino, in rapporto coll'orificio uterino interno (tav. III). Quindi secondo lo Zweifel il Bandl avrebbe avuto perfettamente ragione di mettere la rottura d'utero nella *cervice uterina* e non nel segmento inferiore, come ammetteva la scuola di Schröder.

È sorprendente però di dover ammettere davanti all' evidenza delle sezioni anatomiche del 2.° caso, una rottura d'utero dopo che già una così grossa parte fetale come la testa era già uscita dall'utero. Tanto più poi che la parte fetale bassa dell'utero era fissata solo dalle parti molli fetali e non vi era vizio pelvico, o altra angustia di spazio.

Lo Zweifel ammetterebbe come fattore della rottura d'utero la rigidità cadaverica dei muscoli del fondo della pelvi, che mantenne fisse le spalle. Conviene notare che l'autore *si astiene di proposito* (per non aumentare troppo il materiale bibliografico) dal citare i nomi degli autori che scrissero sul segmento inferiore dell'utero, anche solo dal punto di vista anatomico ed istologico, bibliografia che avrebbe dato appunto larga messe anche citando autori recentissimi italiani (Pestalozza, Cuzzi, Mangiagalli, ecc.)

Bibliographie Gynécologique. — Catalogo d' occasione. Lavori antichi e moderni sulle malattie delle donne. Un vol. in-8, di 40 pagine, 2 colonne, legato in brochure. Si spedisce *gratis* e franco a tutti i medici che ne fanno domanda agli editori J. B. Baillière et fils, 19, Rue Hautefeuille, Paris.

XI Congresso Medico Internazionale

ROMA 1894.

In questi ultimi giorni sono pervenute numerose corrispondenze alla Segreteria Generale del Congresso, le quali esprimevano il dubbio che fosse scaduto il tempo utile per aderire al Congresso.

La Segreteria crede perciò opportuno ricordare a tutti gli interessati che le iscrizioni resteranno aperte sino alla inaugurazione del Congresso medesimo.

La scadenza del 31 gennaio, da alcuni Colleghi malamente interpretata rappresenta la chiusura del primo periodo per l'accettazione delle comunicazioni.

Queste saranno tuttavia accettate fino al 28 febbraio, ed inscritte in sede a quelle annunciate nel primo periodo, e compariranno nella seconda edizione del programma, che vedrà la luce nella prima quindicina del marzo venturo.

Si rivolge caldo appello a tutti i ritardatarii di volersi mettere prontamente in rapporto colla Segreteria Generale del XI Congresso Medico Internazionale, Genova.

Il Comitato ha rivolto preghiera di tenere una conferenza d'interesse comune in una delle sedute generali del Congresso ad alcune fra le spiccate personalità scientifiche straniere. Hanno gradito l'invito e comunicato il titolo della loro conferenza i signori professori: **Babes** (Bucarest). « Della posizione dello stato di fronte agli ultimi risultati degli studii sulle malattie infettive. » — **Brouardel** (Parigi). « La lotta contro le epidemie. » — **Danilewski** (Pietroburgo). « Sull'azione biologica del fosforo nelle sue combinazioni organiche. » — **Laache** (Cristiania). « Dell'ipertrofia idiopatica del cuore e la degenerazione del miocardio. » — **Jacobi** (New York). « Non nuocere. » — **Nothnagel** (Vienna). « Adattamento dell'organismo alle alterazioni patologiche. » — **Cajal** (Madrid). « Morfologia delle cellule nervose. » — **Stokvis** (Amsterdam). « La chimica ne' suoi rapporti colla farmacologia e colla materia medica. » — **Virchow** (Berlino). « Morgagni ed il concetto anatomico. » — Il prof. **Bizzozzero**, officiato per l'Italia, ha annunciato il tema: « Accrescimento e rigenerazione dell'organismo. » — I professori **Foster** (Cambridge) e **Kocher** (Berna) si sono riservati di annunziare fra breve i titoli delle rispettive conferenze.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Febbraio 1894. Num. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

-6 APR 94

CONTRIBUTO DA SERVIRE ALLO STUDIO

delle vaste aderenze connettivali degli enormi polipi uterini colle pareti vaginali (1)

DEL

Dott. GIUSEPPE RONCAGLIA

Libero docente, ajuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Modena

I corpi fibrosi dell'utero peduncolati dal lato della mucosa uterina sono da noi chiamati *polipi*, comprendendo in questa denominazione differenti classi o varietà, secondo il loro stadio di evoluzione. Essi generalmente da prima dimorano chiusi nell'utero, poi in un secondo stadio offrono tendenza ad essere partoriti, e così ogni tanto, sopratutto alle epoche mestruali, dilatano alquanto il collo e fanno capolino all'orificio esterno, ed allora sono detti *polipi ad apparizione intermittente*. In seguito, se non vengono allontanati in questo stadio, passano ad una terza fase e diventano, dopo aver varcato l'orificio esterno, *polipi utero-vaginali*. In questo stato essi continuano a svilupparsi in vagina, mentre il loro peduncolo da solo rimane intrauterino. Già fino dalla prima loro sede ponno raggiungere un gran volume, ma più frequentemente questo fanno quando sono passati in vagina. Qualcuno come il Pozzi, ha proposto di chiamare poi *polipi enormi* quelli che riempiendo la cavità vaginale non permettono pel loro volume al dito esploratore d'arrivare a

(1) Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Modena nella seduta 19 gennajo 1894.

sentirne il peduncolo e l'orificio del collo uterino, nè ponno attraversare la vulva che a prezzo di speciali artificii. In qualche rarissimo caso il tumore riempiuta tutta la vagina può, seguitando a crescere, far salienza col suo estremo inferiore fuori della vulva, come narrano il Pozzi di un caso occorso al Verneuil ed il Braxton Hicks.

Il volume di tali polipi vaginali varia da quelli di un grosso arancio a quello di una testa di feto a termine; per esso ponno aver luogo alcuni fenomeni patologici speciali, fra cui più frequente la ritenzione dei prodotti di secrezione uterina, prodotti che corrompendosi danno luogo ad emissione di scolo fetido, che scambiato per icore canceroso può dar luogo ad errori di diagnosi. Inoltre pel distendimento della vagina ponno comprimere l'uretra, il retto e financo gli ureteri, producendo in questo ultimo caso lesioni renali, capaci di condurre a morte le ammalate, anche dopo felicemente liberate dal voluminoso neoplasma, fatto occorso fra gli altri, al Braxton Hicks. Le pareti vaginali poi distese fortemente alle volte si screpolano in più punti. Finalmente tali tumori ponno cadere in isfacelo, o perchè il peduncolo non basta, forse perchè stirato ed assottigliato, indefinitamente alla nutrizione d'un tumore tanto voluminoso o perchè vien strozzato dagli orifici del collo; per l'un modo o per l'altro il neoplasma si rammollisce, diviene edematoso, e termina gangrenandosi. Io ho potuto vedere ed operare felicemente tre casi di questo genere in donne in condizioni gravissime di deperimento e d'infezione, due delle quali, per la diagnosi fatta da altri di tumore maligno inoperabile, erano state abbandonate come veramente incurabili.

Questa è la storia comune a moltissimi di questi *polipi enormi*, storia che fra gli altri il Pozzi ha riassunta e corredata di numerosi casi clinici, in una speciale memoria (1).

Ma vi hanno altre complicanze molto più rare, e che rendono per sè sole la diagnosi e l'intervento curativo oltre ogni credere difficile e grave. Voglio appunto alludere alle *aderenze* che tali polipi utero-vaginali possono assumere colle pareti vaginali. È questa una complicanza a cui molti trattati di ginecologia antichi e moderni accennano, ma solo di passaggio, ed anche le citazioni che i medesimi recano al proposito

---

(1) « Etude sur une variété clinique des polypes fibreux de l'utérus. » *Revue de Chirurgie*, 10 févr. 1885.

sono scarsissime. E così per citarne alcune: il Gusserow (1) afferma che le aderenze connettivali rigide di un polipo colle pareti vaginali, che difficoltano la diagnosi e rimozione della neoformazione, sono stati osservati da Demarquay; Demarquay e O. Saint-Vel (2) nel loro trattato di ginecologia asseriscono che un' altra difficoltà estremamente rara ad incontrare sono le aderenze contratte dal polipo colla vagina, e riportano un caso del Bérard (3) in cui questi dovette escidere il pseudopeduncolo. Nello stesso libro a pagina 223 è detto « la leucorrea non « è abbondante, saniosa, o fetida che quando il polipo soggiorna in va- « gina; esso si ulcera e si decompone pel fatto di una gangrena più « o meno estesa; in queste circostanze rare l'ulcerazione del polipo può « condurre ad una aderenza colla vagina, e quando è ancora intraute- « rino, una aderenza, ancor più rara, con una parete dell'utero, condi- « zioni che aggiungono difficoltà al diagnostico. » E tale descrizione vien ripetuta in modo quasi eguale da moltissimi trattatisti, senza che venga aggiunto niun speciale dettaglio al fatto generale; il che prova non fosse altro la rarità del medesimo. Nel trattato di Hart e Barbour a proposito della formazione di aderenze fra la superficie del fibroide e la vagina, aderenze che ponno suscitare l' impressione che il tumore sorga dalla parete vaginale, è citato un lavoro del Braxton Hiks (4) in proposito, lavoro che ho potuto, attesa la rarità sua, avere dalla gentilezza dello stesso autore, che perciò ora sento il dovere di ringraziare.

Ed in esso infatti, su tre casi di enormi polipi, ne sono dettagliatamente descritti due in cui le vaste aderenze del tumore alla vagina, resero all'autore difficilissima la diagnosi e grave l'intervento operativo. Però anche dalla lettura di questi casi mi sono convinto che quello da me osservato ha, oltrechè le note di diagnosi e operazione difficile comune con quelli, un interesse speciale dal lato fisio-patologico di questi tumori, potendo esso servire di prova, a mio avviso inconcussa, che tali vaste aderenze possano contribuire ad una più ricca nutri-

---

(1) « Trattato delle malattie genitali femminili. » *Enciclopedia* di Pitha e Billroth, pag. 642.

(2) « Traité clinique des maladies de l'utérus. » Paris, 1876, pag. 258.

(3) *Archives générales de médecine.* T. 11, pag. 88.

(4) « Three cases of very large polypi of uterus. » *The Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland,* N. LXX, january 1879.

zione del tumore e quindi ad un più rapido ingrossamento del medesimo.

Ma meglio d'ogni altra ragionata premessa valga l'esposizione dettagliata del caso, cui farò seguire quelle considerazioni che mi parranno logicamente scaturire da esso.

R.... Maria, di Rubiera, d'anni 33, nubile, mestruò a 12 anni senza alcun disturbo, e le purghe rimasero regolari per qualità, quantità e periodo fino al 30.° anno, e cioè sino al giugno 1891. Cominciarono a quest'epoca a farsi assai dolorose, molto abbondanti e frequenti, e si iniziò pure una leucorrea piuttosto considerevole. Solo un anno dopo, giugno 1892, si presentò alla visita ginecologica, ed io riscontrai, come unico reperto col palpamento bimanuale, il corpo dell' utero un po' più grosso del normale; la consigliai a fermarsi per subire ulteriori esami colla sonda, ed in seguito una dilatazione del collo e successiva esplorazione della cavità uterina; ma all' idea di un atto operativo qualsiasi essa si spaventò, ed io più non la rividi che nell'estate ultimo passato, cioè ancora un anno dopo, ed in condizioni di molto cambiate e gravissime. Infatti essa presentandosi profondamente anemica, mi narrò che nel giugno 1893 (cioè 7 mesi avanti), ebbe dalla vagina l'espulsione di abbondante liquame assai puzzolento, che le durò per circa un mese, dopo il quale continuò la leucorrea come prima, e le mestruazioni furono anche più abbondanti; negli ultimi due mesi poi notò che la defecazione e l'urinazione si compivano stentatamente.

Esame, 2 settembre 1893. — Genitali esterni di nullipara; imene lacerato in più punti; appena il dito penetra in vagina avverte il segmento inferiore semisferico di un tumore di consistenza fibro-miomatosa, a superficie liscia che riempie tutto lo scavo, allargando fortemente la vagina che perciò presenta le pareti molto distese, di guisa che il dito a stento riesce a girare fra esse, ed il neoplasma, il cui segmento superiore regolare e tondeggiante, viene palpato dalla mano esterna tre trasversi di dito al disopra del pube. A poco più di un centimetro dalla forchetta, il dito incontra due aderenze a cordone corto, grosso quanto un porta penna, che uniscono il tumore colla parete vaginale posteriore, una dietro l'altra, ed attorno a ciascuna delle quali il dito può aggirarsi; più in alto, e sempre posteriormente, esso è arrestato da una linea un po' obliqua diretta d'alto in basso e da destra a sinistra, nella quale tumore e parete vaginale posteriore si confondono per intima unione; e così mentre a sinistra detta linea si raggiunge prestissimo e si segue fino nel fornice laterale, a destra per seguirla, il dito deve spingersi più in su, finchè essa si perde nel fornice laterale destro dove

non può più raggiungerla in causa della sua limitata lunghezza. Anteriormente la parete vaginale è libera da aderenza col tumore, ed una cannula curva introdotta lungo essa giunge liberamente fino alla sommità di questo, dove attraverso le pareti dell' addome può facilmente essere riconosciuto dalla mano esterna. Per quanto questa cerchi non le è dato palpare al disopra del tumore alcun corpo che possa essere riconosciuto per l'utero. Pel retto, causa la enorme grossezza del tumore che riempie addirittura tutta la piccola pelvi, non è dato all' indice esploratore portarsi molto in alto, e quindi rilevare menomamente alcuna particolarità della faccia posteriore del neoplasma, ad eccezione della parte più bassa che si sente regolare come l'anteriore. All'ispezione il tumore mostrasi coperto di mucosa di color rosso intenso, ma non ulcerato. Allontanando le pareti vaginali anteriori dal tumore col dito, cola dalle parti superiori muco pus in discreta copia e un po' fetido.

Allo scopo di poter meglio eseguire l'esame, in una prima seduta incisi colle forbici le due aderenze a cordone del tumore colla parete posteriore, ma causa l'abbondanza del sangue che ne gemette fui costretto a tamponare tutt'attorno e rimettere al momento dell'operazione, aiutato dalla cloronarcosi, il compimento dell'esame.

Ma intanto da questa prima visita quali impressioni si ricevevano e quali conclusioni diagnostiche potevansi dedurre?

È regola, non mai abbastanza raccomandata, di riconoscere il corpo uterino e potendo passare un isterometro nella sua cavità prima di tentare l'esportazione di un neoplasma che supponiamo un polipo utero-vaginale; quando ciò è stato fatto noi possiamo con tutta confidenza accingerci all'operazione; se però non fu possibile accertare il rapporto dell'utero col tumore, dobbiamo usare nell'asportazione la massima cautela, e non potremo a meno di eseguire l'operazione in mezzo al timore ed alla trepidazione. Nel caso esposto non solo colla sonda, ma neppure col minuto palpamento era dato riconoscere il corpo uterino; la diagnosi quindi doveva risultare solo da una attenta valutazione dei segni raccolti, e solamente per via d'esclusione. Le possibilità potevano riassumersi in un fibroma della vagina, in un fibroma interstiziale del collo, in un polipo uterino disceso in vagina e vastamente aderente a questa, in un' inversione d'utero complicata a fibroma del corpo. Di tutte la più probabile mi parve subito quella del polipo uterino aderente alla vagina. Infatti il volume eccessivo raggiunto rapidamente, e la sede consigliavano tosto

l'esclusione della prima possibilità, sapendosi appunto che i fibromi vaginali molto difficilmente raggiungono un volume più che mediocre, e che d'ordinario hanno loro sede prediletta nel fornice anteriore, come anche ultimamente ho osservato in un caso ricoverato nella Clinica Ostetrica.

I fibromi interstiziali del collo ponno raggiungere un volume grande, ed anche fino ad un certo punto fare tutto un assieme con una delle pareti vaginali. Infatti il Müller (1) ha descritto un tal tumore grosso più d'un ovo d'anitra che sviluppato nel labbro posteriore sembrava interamente decorrere nella parete posteriore della vagina, e palpavasi bene attraverso il retto; il labbro anteriore dell'orificio uterino non si avvertiva al tatto, ma solo a stento scoprivasi una fossetta a mo' di tasca nella quale lo specillo penetrava curvo all'indietro per due pollici. E lo Spiegelberg (2) ha parlato di un fibroma nato ed incuneato nella parete cervicale posteriore ed aderito alla parete vaginale corrispondente, durante la cui asportazione fu accidentalmente aperto il cavo del Douglas e la inferma morì di pioemia. In due casi di fibromi sottomucosi del collo che ho avuto opportunità di studiare, uno nella Clinica del volume di un ovo di tacchino, ed un altro un po' più grosso nell'Ospedale civile di Modena, avvertivasi il tumore in entrambi i casi a sinistra, a destra ed un po' in alto l'orificio uterino e l'altro labbro assottigliato, disteso sulla metà corrispondente del neoplasma e sul ventre a destra un corpicciuolo avente forma e dimensione del corpo uterino, e sondabile. Nel caso attuale nulla di tutto questo; e ammesso fosse stato un fibroma del collo avrebbe dovuto esserlo del labbro posteriore, ed in tal caso l'utero si sarebbe dovuto sentire spinto in alto ed in avanti. Di più i tumori interstiziali della cervice essendo di natura più connettivale, crescono più lentamente di quelli del corpo, almeno secondo quanto viene asserito dal Virchow. Rimaneva la possibilità dell'inversione complicata da fibroma del fondo; però mentre la mancanza di parti pregressi la rendeva poco facile, dall'altra il potere con una sonda rimontare liberamente fra la parete vaginale anteriore ed il tumore fino alla sua sommità, ed il riscon-

---

(1) Scanzoni. Beitrage of Bd. VI, pag. 65.

(2) *Archiv f. Gyn.*, Bd. V, pag. 100.

trare dapprima le aderenze a cordone posteriormente, e più in alto la linea d'unione fra vagina e tumore, la rendevano improbabilissima, giacchè fra le altre cose avrebbe dovuto ammettersi che l'interna superficie dell'utero e del tumore inversa avesse preso aderenza colla vagina; fatto questo più d'ogni altro rarissimo. Rimaneva adunque come unica diagnosi quella del grosso polipo uterino disceso in vagina, ed a questa aderito, quantunque ed il rapidissimo accrescimento del tumore e la mancanza d'ogni corpo ricordante quello dell'utero alla sommità del tumore, la dovessero far ammettere di sola probabilità.

Infatti come si comporta generalmente l'utero rispetto ad un suo grosso polipo riempiente la vagina? L'utero naturalmente vien sollevato al disopra dello stretto superiore del bacino, precisamente come è sollevato quando la vagina è distesa da liquido, e la si palpa come un corpo più piccolo a cavalcioni della sommità del neoplasma (Hart e Barbour) il quale secondo un paragone del Pozzi fa all'utero per così dire da pessario; e ciò apparisce naturale se si pensa alla forma generalmente regolare ovoidea o sferica del tumore, ed alla simmetrica lenta distensione che per parte di questo deve subire la vagina.

La narcosi profonda non mi permise di poter aggiungere alcun altro dettaglio all'esame già fatto; e così esperito anche questo mezzo, conservando la diagnosi fatta, non mi rimase da ammettere altro che l'utero fosse appunto disteso lungo la faccia posteriore del tumore, che pel suo volume me lo mascherava sottraendolo ad ogni mezzo d'indagine (vedi figura I).

Messa in tal modo la diagnosi, e reso necessario l'intervento chirurgico per le gravi condizioni generali, e pei fenomeni di compressione del tumore sui vicini organi endopelvici, il *quid agendum* si riassumeva nell'ablazione del tumore. E qua potevansi tenere diverse vie; o tentare di staccare la vasta aderenza sessile del tumore colla parete vaginale, o snucleare il tumore dalla sua capsula posteriormente, se l'aderenza troppo intima si fosse mostrata difficile da togliere con pericolo di sfondare la vagina, o senz'altro attaccare il tumore col *morcellement*, e così a poco a poco giungere ai suoi attacchi primitivi e secondarii. Tentai infatti colle dita e colle forbici di staccare l'aderenza che subito mi si mostrò tenace, molto vascolarizzata e facente un tutto troppo stretto colla parte vaginale. Tentai l'enucleazione incidendo la capsula del tu-

more, ma sia per la ristrettezza dell'osculo vaginale e la tensione delle pareti di questo canale ciò mi apparve molto difficile.

Avrei potuto all'ostacolo dato dall' angustia vulvare opporre l' incisione della forchetta e perineo proposte dal Verneuil, o le incisioni doppie del Dubois usate anche dallo Smith, ed ora richiamate in uso anche per facilitare altre operazioni, e che io pure mi son visto costretto

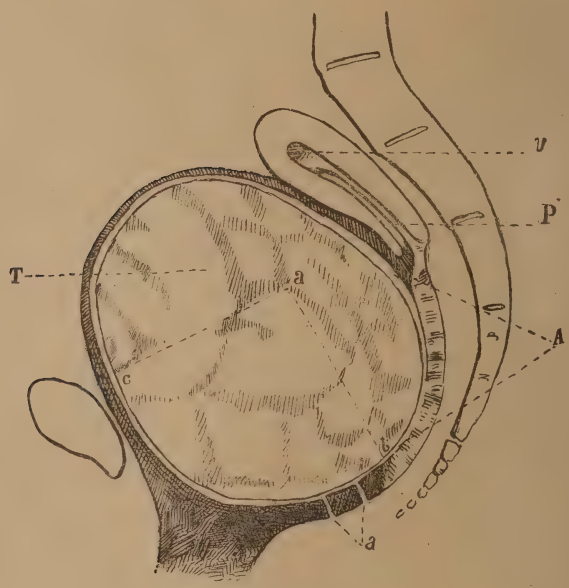


FIGURA I.

T. Tumore — *U.* Utero — *A.* Aderenza vasta sessile — *a.* Aderenze a cordone — *P.* Peduncolo — *ab-ac.* Linee rappresentanti l'escavazione paticata nel tumore prima di attrarne in basso la parte alta.

a praticare per condurre a termine una isterectomia vaginale difficile pel volume grande del corpo uterino; ma migliore d'ogni altro mi sembrò addirittura il partito di sminuzzare il tumore.

Afferrato allora l'estremo inferiore di questo con pinze di Museux, attaccai il tessuto del neoplasma con due robuste forbici e cominciai a esciderne grossi pezzi in modo da praticare in esso una profonda escavazione rotondeggiante, il cui limite posteriore ben presto raggiunse la linea dell'aderenza colla neoplasia (vedi figura I).

Applicata allora la pinza Museux sul bordo anteriore della cavità scolpita nel tumore, bordo corrispondente alla metà altezza del pube, e tirandolo fortemente in basso allo scopo di portare nel campo vulvare la parte alta del tumore, potei avvertire colla mano destra applicata sul ventre, sporgere al disopra del tumore un corpo che per forma e volume non poteva essere altro che quello dell' utero, che rialzavasi tanto da

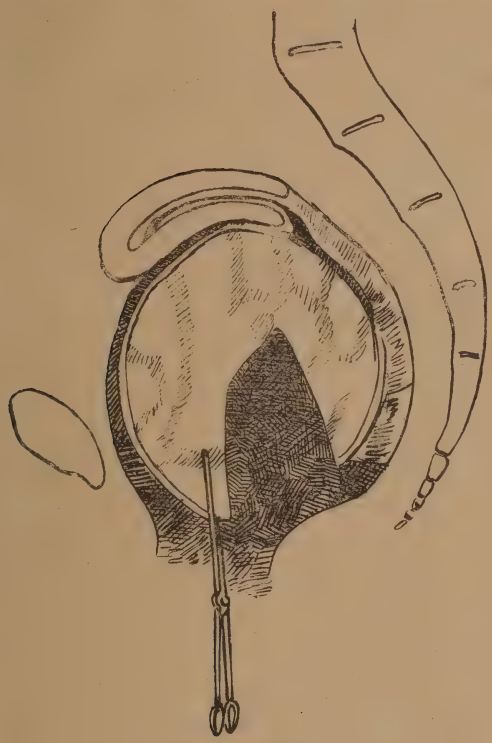


FIGURA II.

essere palpato attraverso l'addome solo quando considerevolmente diminuito il tumore, la parte alta di questo potè essere attratta in basso (vedi figura II).

Era così confermata la diagnosi di sede dell' utero, ed io poteva, fatto così più tranquillo, continuare nello sminuzzamento del tumore.

Proseguii infatti colle forbici ad esciderne grossi pezzi, poi anteriormente ed in alto mi insinuai col dito fra tumore e capsula e così potei snuclearlo superiormente e posteriormente liberandolo tutto attorno, e

lasciandolo attaccato al solo peduncolo. Con due dita poste a cavalcioni della sua sommità e circondanti il picciolo, lo attrassi tutto fuori dalla vulva, e tagliai questo rasente al tumore. Messo a scoperto il grosso collo uterino afferrandone il labbro anteriore con una pinza Schroeder e portatolo alla vulva, trovai il moncone del peduncolo grosso quanto un dito indice sporgente dall'orificio esterno, e ad esso tutto attorno attaccato un vasto lembo di capsula che anteriormente era libero, posteriormente era attaccato al labbro posteriore, al fornice e buona parte della corrispondente parete vaginale. Sulla guida del dito incisi colle forbici il peduncolo alla sua inserzione alla parete anteriore del corpo un centimetro al disopra dell' orificio interno, e stirato in fuori il suo estremo superiore, potei col bisturì disseccare dall'alto al basso tutta la capsula dal labbro del collo e dalla parete vaginale posteriore, e così lasciare su questa un' area cruenta tondeggiante avente 7 centimetri di lunghezza longitudinalmente e trasversalmente, e che occupava anche tutta la faccia posteriore del collo.

Nè durante il *morcellement,* nè durante la sezione del peduncolo, ebbi emorragia; invece nel distacco della capsula dalla vagina, venne sangue in quantità abbastanza considerevole, tanto che irrigato rapidamente la vagina e l'utero, zaffai strettamente quella con garza all'jodoformio. I varii pezzi del tumore pesavano *610 grammi.*

Il decorso post-operativo fu normale; solo per le prime quattro sere la temperatura salì a 38_2, poi si fece normale. La cura consistette in irrigazioni vagino-uterine mattina e sera e nel raschiamento dell'endometrio tre giorni dopo l'atto operativo. La donna in breve migliorò nelle condizioni generali, aiutata anche dalle iniezioni ipodermiche di citrato di ferro; dopo 8 giorni lasciò il letto, e dopo altri 10 la Casa di Salute.

Il caso mi sembrò interessante per le rarità delle aderenze vaste dei fibromi poliposi dell'utero alla vagina, per le conseguenti difficoltà diagnostiche e per l'atto operatorio sempre più grave dell'allontanamento di un polipo anche voluminosissimo ma libero nella vagina. Ma mi sembrò interessante anche pel fatto della posizione dell'utero tutto retroposto al tumore, e pel rapidissimo sviluppo di questo (appena 8 o 10 mesi). E questi due fatti mi parve e mi pare tuttora di dovere mettere fra loro in relazione, e di poterli spiegare con sufficiente apparenza di verità.

Infatti ammesso come è da tutti gli autori che quando un grosso

polipo uterino pende libero in vagina, l'utero vi debba essere sovrapposto, come se fosse spinto in alto da liquido che la riempisse, è naturale che questa disposizione non si debba più oltre mantenere quando il tumore vastamente attaccato ad una parete vaginale, seguiti a crescere con una certa rapidità.

Allora rimanendo ostacolato l'aumento in superficie della porzione che fa tutto un assieme colla vagina, e quello essendo solo possibile nella porzione libera, la parete vaginale corrispondente a questa dovrà distendersi di più, e l'utero rimanere spostato dal lato in cui la vagina è più corta, cioè dove esiste l'aderenza. Per questo ragionamento che mi sembra rispondente al vero, almeno nei casi in cui l'aderenza è vasta, conviene ammettere che questa nel caso descritto abbia preceduto il rapido accrescimento del neoplasma. Nell'anamnesi è detto che nel giugno 1892 nessun tumore occupava la vagina, che nel gennaio 1893 l'inferma ebbe dalla vagina l'espulsione di abbondante liquame puzzolento che le durò circa un mese, e che nell'agosto dello stesso anno io rinvenni le cose come le ho descritte nell'esame. Dunque nel gennaio 1893 avvenne l'ulcerazione del tumore già sceso in vagina, e probabilmente anche l'aderenza, e in 8 mesi il successivo rapidissimo aumento della parte libera di esso, che già un mese prima della cura cominciava a dare sintomi di compressione.

Perchè un mioma possa raggiungere il volume della testa di un bambino di un anno, che tale era quello del tumore descritto, in così poco tempo, occorre che esso trovi modo di nutrirsi molto più abbondantemente di quello che può fare con un peduncolo non munito che di piccolissimi vasi. Per questo io concludo che l'aderenza vasta vaginale abbia contribuito largamente alla sua nutrizione; nè più nè meno di quello che può succedere di un tumore addominale cui è dato alle volte vivere tutto a spese delle aderenze con organi vicini, pur conservando un sottile peduncolo, od anche non avendolo più.

Questa idea che io non ho trovato esposta in nessuno dei lavori che trattano di queste aderenze, parmi anche suffragata dal fatto che al taglio sia delle aderenze a cordone, sia di quella vasta sessile, uscì sangue in copia, e molto più di quello che uscisse al taglio del peduncolo.

Al microscopio il tumore mostrossi di natura prevalentemente leio-

miomatosa. La capsula di esso nella parte che aderiva alla vagina, in sezioni perpendicolari alla sua superficie, si dimostrò percorsa da moltissimi vasi a pareti sottili, e tagliati alcuni in traverso, altri di sbieco, alcuni anche pel lungo. Anche questo reperto anatomico va in appoggio dell'idea che l'aderenza abbia contribuito alla nutrizione ed all'aumento rapido della neoplasia.

Modena, gennaio 1894.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

IL MASSAGGIO
nella cura delle malattie ginecologiche

PEL
Dott. ROMOLO POLACCO

(Continuaz., vedi pag. 27).

PARTE SPECIALE

DELLA ENTEROPTOSI.

Enteroptosi significa strettamente l'abbassamento dell'intestino ed infatti sarebbe da intendersi con questa parola solo l'abbassamento dello stomaco o del canale digerente. Si usavano già da tempo le parole *epatoptosi, splenoptosi,* a significare il rilasciamento dei legamenti sospensorii del fegato e della milza ed il conseguente spostamento (d'ordinario all'innanzi ed in basso) di questi visceri. A meno che però non si tratti di lesione violenta che abbia causato la lussazione di un viscere determinato, si deve ritenere che, fatta eccezione del rene (pel quale esiste una eziologia tutta speciale di spostamento dovuta a ragioni anatomiche), il rallentarsi dei legamenti è d'ordinario contemporaneamente comune a tutti o pressochè tutti i visceri contenuti nella cavità addominale. Perciò il nome « enteroptosi, » viene, secondo la definizione di Hufschmidt (1) a significare l'abbassamento generale di tutti i visceri subdiaframmatici.

(1) *Wiener Klin. Woch.*, N. 52, 1892 e N. 1, 2, 1893.

Per quanto razionalmente dovrebbe essere la enteroptosi una malattia comune ai due sessi, tuttavia si deve ammettere che, come la nefroptosi, è quasi esclusiva del sesso femminile, nel quale le cause che si ritengono eziologiche della enteroptosi si esplicano fortemente in due modi: cause generali e cause locali.

Le cause generali si debbono ricercare (1) nella conformazione speciale della cavità addominale, la quale, rivestita per tre parti da muscoli, offre in un solo punto, nella parte posteriore, una resistenza fissa ed immutabile ai legamenti connettivi che tengono sospesi i visceri nella cavità stessa. Due fattori eziologici importantissimi della enteroptosi sono il peso dei visceri e la pressione respiratoria la quale contribuisce a regolari intervalli ad aumentare il peso dei visceri agendo nello stesso senso della pressione e distendendo i legamenti.

Quale causa speciale importantissima si deve riconoscere la divaricazione o diastasi dei muscoli addominali, frequente e considerevole sopratutto dopo ripetute gravidanze. Si può ritenere che, cessata la tonicità dei muscoli retti addominali, vinta la resistenza e diminuita quindi la contrattilità di questi muscoli, la parete anteriore perda ogni sua efficacia a sostenere, almeno per la parte che le spetta, i visceri che vi si appoggiano, ed è da ammettersi inoltre che lo sfiancamento e la rilassatezza di questa parete agisca non solo in senso di deficiente resistenza, ma in senso e con effetti di trazione attiva propriamente detta.

I disturbi subbiettivi sono dati frequentemente — oltre che dalle malattie di varia natura dell'apparato sessuale delle quali parlerò in seguito, anche dalla costipazione abituale. Per questa l'intestino, abitualmente iperdisteso, perde la propria tonicità, grava in modo costante sui proprii attacchi, comprime i visceri viciniori e li distende nei loro legamenti, agisce insomma in modo da aumentare le cause che tendono a spostare gli organi endoaddominali facendo lavorare i loro sostegni in eccesso. In un numero notevolissimo dei casi riferiti dal Kumpf mancarono tutti i sintomi subbiettivi, per quanto però questi possano frequentemente richiamare l'attenzione sulla enteroptosi.

Avremo dunque, come sintomi subbiettivi importanti la costipazione

---

(1) *W. Kumpf, Wien Klin. Woch.*, N. 3, 1893.

cronica, l'atonia gastrica, la dispepsia, il sonno interrotto ed irrequieto, la sensazione permanente di tensione nell'addome, i crampi dello stomaco e qualche volta i dolori in un determinato punto dell' addome, dolori più o meno fugaci e manifestantisi abitualmente in un momento più o meno lontano dal pasto, quando la massa alimentare oltrepassa un punto stenosato dell'intestino, stenosi che si deve a qualche angolo più o meno acuto formato tra due anse dell' intestino stesso per opera di pressione o di stiramento.

Talvolta invece mancano tutti i sintomi accennati e la paziente, in uno stato apparente di pieno benessere, è assolutamente incapace a camminare; dopo pochi passi incomincia una sensazione di peso e di stiramento endoaddominale che, ove la donna continui a camminare, cede ben tosto luogo ad un dolore continuo più vivo in corrispondenza delle due regioni ipocondriache (stiramento dei legamenti della milza e del fegato), dolore che diviene quasi subito intollerabile. Dopo pochi minuti di riposo, specialmente in posizione supina, il dolore cessa per ritornare prontamente quando la paziente riprenda il cammino (1).

Ma di gran lunga più importanti ed evidenti dei sintomi subbiettivi sono gli obbiettivi che, almeno nei gradi un po' notevoli di enteroptosi non mancano mai. Avremo anzitutto il rilasciamento più o meno grande delle pareti addominali, lo sfiancamento dei muscoli retti, l'abbassamento dei visceri, la contrazione spasmodica del colon traverso con sensazione di corda distesa alla palpazione, la « prova della cintura » (*épreuve de sangle* del Glénard), metodo che consiste nell'afferrare per di dietro la paziente appoggiando ambe le mani all'altezza dell' ombelico ed esercitando una pressione diretta dal basso all' alto ed un poco dall' avanti all'indietro: la paziente risente immediato sollievo come se il peso dei visceri addominali, venisse all' improvviso ed in modo cosiderevole diminuito.

La semplice ispezione potrà farci anche riconoscere l'abbassamento od il prolasso delle pareti vaginali e dell'utero, eventualmente complicato a cistocele ed a rettocele, mentre la esplorazione digitale potrà darci indizio del prolasso di una o di entrambe le ovaie, di uno spostamento

---

(1) Questi sintomi furono da me per lungo tempo studiati sulla signora D. P. e cessarono prontamente coll'applicazione di una ventriera ben serrata.

dell'utero all'indietro o della sua abnorme mobilità. La frequenza della enteroptosi, forse ancora molto spesso disconosciuta, è assai grande, perchè il Kumpf potè in due anni e mezzo osservarne oltre 100 casi, mentre il Glénard ne aveva già prima osservati oltre quattrocento.

Ma la enteroptosi è sopratutto importante perchè strettamente legata a talune malattie degli organi sessuali femminili, malattie che, come giustamente ritiene il mio maestro prof. Mangiagalli, non sono molte volte che la espressione di uno stato generale di rilassatezza dei legamenti e forse di deperimento del tessuto connettivo dell'organismo.

Il professore Mangiagalli dopo di aver eseguito più di un centinaio di colporafie, di perineorafie e svariate operazioni plastiche con tutti i metodi operativi finora pubblicati e conosciuti, è venuto ad una serie di conclusioni che io reputo assai importanti:

Il prof. Mangiagalli contrariamente alla opinione professata ancora in oggi dalla più gran parte degli ostetrici e dei ginecologi, ritiene esagerata l'influenza delle lacerazioni del perineo anche se complete, nella eziologia degli abbassamenti e dei prolassi utero-vaginali. — Infatti le forme più ribelli di questa affezione ginecologica, ribelli bene inteso e recidive anche dopo le operazioni più vantate e più accuratamente eseguite, egli le osservò nelle vergini, nelle nullipare, in donne con lacerazioni perineali lievissime, e comunque in donne che frequentemente accoppiavano alla integrità assoluta o quasi del perineo, la conservazione talvolta assoluta del cercine imenale. Queste idee io vidi più tardi espresse nel lavoro di Prochownick.

Conseguenza diretta di queste osservazioni è che in generale non una causa unica e costante determini il prolasso, ma che piuttosto questa malattia sia il sintomo di un indebolimento generale dei legamenti e forse anche di tutti i tessuti connettivi del bacino (1), ovvero riconosca

---

(1) Il Prochovnick (op. cit. p. 199), dice testualmente così: « I ginecologi hanno, durante un certo tempo, dato troppa importanza alla lacerazione perineale come causa del prolasso. La lacerazione perineale non è invece che assai raramente causa del prolasso, anche nel caso in cui questa lacerazione s'accompagni ad un rilasciamento dei muscoli del ventre e ad un aumento della pressione addominale. Il prolasso non appare il più sovente che quando esistono dei rilasciamenti negli annessi dell'utero o nel tessuto cellulare del bacino.

« È per questa ragione che, procedendo troppo rapidamente alla guarigione del prolasso mediante un processo operativo, come si fece lungo tempo, non si ottiene guarigione durevole. In fatti noi tro-

la sua origine in fattori che aumentano la pressione addominale e trionfano lentamente ma sicuramente degli ostacoli che la natura o l'arte ad essi oppongono.

Conseguentemente è sua opinione che data questa tendenza, per così dire *generale* al prolasso, i metodi operativi che sono tutti *locali* non giovino che in modo palliativo e che il loro effetto remoto sia tanto meno buono quanto più grande è questa rilassatezza, acquisita forse dai tessuti per gravi alterazioni nutritive generali o locali, alterazioni la cui natura è ancora lungi dall' essere studiata e determinata, o quanto più grande è l'azione dei fattori accennati.

La cura della enteroptosi è complessa e si può dividere in generale e locale.

Essendo la enteroptosi una malattia dovuta ad alterazione delle condizioni di nutrizione di un tessuto determinato e non di un solo organo, si dovrà anzitutto pensare a correggere lo stato e l' andamento delle funzioni nutritive.

Esaminata accuratamente la paziente, nulla ommettendo nell'esame, penseremo anzitutto a correggere l' andamento eventualmente cattivo della nutrizione, investigandola nei tre tempi in cui si divide (introduzione, assimilazione, escrezione). Regoleremo il dietetico della paziente abolendo i cibi che distendono inutilmente lo stomaco e l'intestino, aumentando il numero dei pasti per diminuirne il volume. Sarà bene notare che, insieme coi farinacei non tutte le verdure debbono essere proscritte perchè, se i cibi che si introducono nello stomaco sono tutti in totalità o nella massima parte assimilabili, la quantità dei residui escrementizii viene così diminuita da costituire già, per il piccolo volume, una notevole difficoltà al funzionamento dell'intestino, già torpido per causa della malattia. I lievi purganti salini, la cura delle affezioni gastriche fatta mediante i tonici, e sopratutto le cure locali idroterapiche e di massaggio, porteranno rapido giovamento.

---

viamo prolassi molto gravi e completi in donne che non presentano la minima lacerazione della vagina e del perineo e nelle quali il prolasso riconosce per causa una retroversione uterina con abbassamento della vagina. È dunque giustificato di fare in questi casi operazioni plastiche trascurando la retroversione?

« Tuttavia noi dobbiamo dire che la lacerazione della vagina e del perineo sono cause potenti di prolasso quando esista un' altra causa efficiente . . . . »

Per ciò che riguarda la cura idroterapica, non è qui il luogo di discuterla; non sarebbe neppure il caso di parlare dei massaggi speciali che si eseguiscono in questi casi, perchè essi troveranno il loro giusto posto nella trattazione delle singole affezioni dell'apparato genitale muliebre (prolasso, spostamenti, ecc.).

È però importante che io esponga qui qualche cosa di ciò che riguarda la cura della costipazione mediante il massaggio, per quanto ciò potrebbe trovare miglior posto in un trattato di terapia generale, che non in queste poche note di massaggio ginecologico. Ma poichè la cura della costipazione fatta col massaggio, mentre guarisce meglio d'ogni altra il torpore intestinale, conferisce ai muscoli dell'addome una notevole tonicità, diminuisce l'adipe sottocutaneo e migliora notevolmente nel loro complesso le condizioni della parete addominale le cui alterazioni favoriscono l'enteroptosi, reputo non inutile parlarne in questo luogo.

Nel corso di questo mio breve lavoro, prima di parlare delle cure praticate col massaggio, è mia intenzione di esporre gli altri procedimenti curativi confrontandone i risultati con quelli conferiti dal massaggio. Nella enteroptosi ritengo non esista altra cura possibile e razionale all'infuori di quella complessa, consistente nella regolarizzazione della dieta, nell'applicazione di una buona ventriera acccuratamente eseguita, e nel massaggio.

Il massaggio che si pratica come cura della costipazione abituale, consta di cinque tempi o movimenti che si eseguiscono successivamente, ma che si dividono in due gruppi:

Il primo gruppo consta di tre tempi, serve per le costipazioni di modico grado e si eseguisce mentre la paziente giace supina sul letto; — il secondo si usa per le costipazioni gravi ed ostinate, consta di due tempi e si eseguisce a paziente in posizione eretta, dopo di avere nella stessa seduta praticati precedentemente i tre tempi della prima serie.

Gruppo *A*. — 1.° La donna giace supina sul letto di Brandt (che qui riesce utilissimo per grande risparmio di forze al ginecologo), flette alquanto le gambe sulle coscie e queste sul bacino, per rilasciare completamente i muscoli addominali; il ginecologo alla sua sinistra applica le sue mani sull'ipocondrio sinistro in modo che le punte delle quattro ultime dita delle due mani si tocchino e che la superficie dorsale di una mano guardi la superficie dorsale dell'altra. Allora con movimenti

semicircolari diretti dall'alto al basso, dall'infuori al di dentro, cerca di vuotare l'S iliaca del colon spingendone il contenuto nel retto. La pelle della paziente deve seguire le dita nel loro movimento e la pressione, lieve dapprima, deve poi raggiungere un grado notevole.

Quando ritenga di avere sufficientemente vuotata l'S iliaca, il ginecologo comincia lo stesso movimento semicircolare dal di fuori al di dentro, ma in direzione discendente seguendo quella del colon discendente trascinando sempre con sè la parete addominale e riprendendola man mano più in alto. — In tal guisa, procurandosi sempre spazio al disotto nel lume intestinale che viene man mano svuotato, attira e spinge in basso le masse fecali che eventualmente si trovano nell'intestino. Quando si giunga colle dita all'ipocondrio sinistro si prosegue il massaggio sul colon trasverso, sul quale però la pressione deve venire esercitata in modo assai più delicato, poi pel colon ascendente fino in corrispondenza del cieco.

2.° Si fa distendere completamente la donna sul letto e si esercita colla punta delle dita delle due mani alternatamente col tallone delle mani stesse una specie di movimento di impastamento del ventre, movimento però che non si deve mai eseguire col palmo della mano perchè il tenue non deve sottostare al massaggio.

3.° Si volge la punta delle dita delle due mani in basso, apppoggiandola alquanto al disopra della sinfisi pubica e si solleva ripetutamente verso il diaframma tutta la massa intestinale imprimendole nel tempo stesso dei lievi movimenti di trepidazione.

Quando la stipsi sia ostinata ed abbia resistito a due, tre sedute di massaggio praticate coi movimenti del gruppo *A*, successivamente a questi si praticheranno quelli del gruppo *B*.

1.° Fatta alzare la paziente la si appoggia colle spalle e colla regione lombare ad una parete, facendole sollevare le braccia al disopra del capo e spostare i piedi alquanto innanzi per fornirle uno stabile punto d'appoggio; quindi il ginecologo appoggia le due mani sull'addome a livello dell'ombelico, in modo che la punta delle dita sia rivolta all'indietro all'altezza dell'undicesima costa ed i due pollici si guardino l'un l'altro verso la linea mediana. Allora approfondando sempre più il palmo della mano e sopra tutto il tallone, pratica dei movimenti di pressione profonda in senso semicircolare dall'alto al basso e dal didentro al difuori,

facendo perno sulla punta delle dita rivolte all'indietro. Questi movimenti si cominciano con notevole pressione e con lieve rapidità, poi si aumenta man mano la rapidità diminuendo la pressione e si sospendono quando la forza delle braccia del ginecologo sia momentaneamente esaurita.

2.º Lasciando la donna nella stessa posizione si eseguisce un movimento di pressione dell'addome seguendo in senso diretto la linea segnata dal colon. Per eseguirlo il miglior modo è questo: la mano destra del medico, appoggiata a destra della paziente al principio del colon trasverso, lo segue sino all'angolo e si dirige poi in basso volgendo alquanto a destra per finire, mentre la sinistra, partendo dalla destra della paziente in corrispondenza del cieco, percorre questo ed il colon trasverso. La pressione si deve esercitare solo colle quattro ultime dita di ciascuna mano ed il movimento deve essere ripetuto otto a dieci volte di seguito.

Poco v' ha da notare riguardo alle varie manualità. Ho già accennato che, durante la menstruazione o con donne sofferenti di metrorragia non bisogna insistere coi movimenti del gruppo *B* perchè congestionano fortemente il bacino.

Riguardo alla durata dei singoli tempi di ciascun gruppo io uso ripetere otto o dieci volte quello di svuotamento della S iliaca, cinque o sei il movimento di svuotamento eseguito sul resto dell'intestino, ripeto cinque o sei volte a stanchezza il N. 2 del gruppo *A* ed eseguisco da 20 a 30 movimenti del N. 3.

Ho notato che nell'eseguire il N. 1 del gruppo *B* si ridesta spesso la nausea nella paziente; allora sospendo la seduta per qualche minuto e posso d'ordinario ripetere per tre volte la manualità senza inconvenienti.

Gli effetti di queste varie manualità sono di una efficacia sorprendente. Le stipsi più ostinate, che durano da anni, o la abitudine delle quali fu acquisita nell' infanzia, cedono in un periodo brevissimo, senza dolori, senza disturbi e senza molestie. Una seduta praticata quotidianamente per dieci giorni basta di solito a stabilire un corso regolare delle materie fecali nell' intestino. Dopo queste prime dieci sedute converrà fare una seduta ogni due o tre giorni per altri due mesi, ma io conservo memoria di parecchi casi di stipsi ostinatissime nei quali, dopo le prime

dieci sedute, non ebbi più bisogno di alcun provvedimento essendosi la guarigione costantemente mantenuta da tre anni (1).

Non voglio asserire che l'applicazione di una ventriera ed il massaggio dell'intestino, bastino a guarire l' enteroptosi ; è certo però che mentre la ventriera vale ad attenuare di molto le molestie accusate dalla paziente, il massaggio toglie la stipsi che aggrava la enteroptosi, rende la tonicità alla parete ventrale e contribuisce energicamente, per le migliorate condizioni del ricambio materiale a migliorare la nutrizione generale. Ritengo adunque che questi sieno i più utili e forse gli unici provvedimenti terapeutici che valgono a migliorare ed a guarire la enteroptosi (2).

DEGLI SPOSTAMENTI UTERINI.

Del Prolasso.

Accetttando la definizione data dallo Schröeder (3) si può dire che quegli spostamenti uterini, nei quali la vagina rovesciata ricetta un tumore uscente dalla vulva o prolabente al suo orificio, e alla estremità inferiore del tumore stesso, si trova l' orificio del muso di tinca, si chiamano in generale col nome di *prolassi.*

Si deve subito notare che, se l'utero ha conservato i normali rapporti coi visceri pelvici o se è fissato in alto da aderenze patologiche, residue di perimetrite, non si ha soltanto un prolasso ma si ha anche

---

(1) Le storie cliniche consegnate nelle cartelle dell' Ospedale Maggiore si possono tutte riassumere così : Costipazione abituale gravissima datante dall' infanzia o dalla pubertà. Possibilità di evacuare l'alvo solo ogni otto, dieci o più giorni od in seguito a purganti energici. Guarigione pronta mediante il massaggio ricorrendo solo assai raramente ai movimenti del secondo gruppo. In un solo caso della pratica privata (B. L., 1891), la guarigione mancò perchè la paziente nervosa all'eccesso, non volle prestarsi a prendere *l'abitudine dell'ora* che io reputo assai importante per mantenere la regolarità dell'alvo che, come giustamente osserva l'Oehl, è funzione più d'ogni altra retta dall'abitudine.

(2) A proposito del massaggio dell' addome non voglio trascurare di notare che il Prochownick (op. cit. pag. 199) lo reputa, insieme all'applicazione di fascie ventrali, provvedimento efficace contro il prolasso che dipenda da atrofia dei muscoli addominali, da meteorismo o degenerazione senile dei tessuti.

(3) « Maladies des organes génitaux de la femme. » Paris, 1886.

una ipertrofia longitudinale del collo. Più di frequente invece l'utero in causa del rilasciamento subìto dai suoi legamenti e dalle trazioni esercitate in basso dalle pareti vaginali, partecipa anche col suo fondo al movimento di traslazione ed il fondo stesso può portarsi più o meno in basso e persino al davanti della vulva: questo è ciò che si chiama il prolasso completo dell'organo.

Le cause del prolasso sono numerose e complesse. È certo che il prolasso della vagina precede quasi sempre e determina quello dell'utero.

Condizioni favorevoli a determinarlo, sono anzitutto le alterazioni della pressione endo-addominale (1). L'aumento di questa pressione

---

(1) Importantissime a questo riguardo sono le ricerche di Von Sviecicki *(Munch. Med. Woch.,* N. 1, 1890*)*. Secondo queste e secondo gli studii di Lesshaft, i visceri dell'addome e del bacino vengono mantenuti in posto da tre forze: pressione atmosferica, adesione e forza muscolare; le resistenze a queste forze sono il peso dei visceri, gli attriti risultanti dai movimenti e l'elasticità. Laurentieff trovò che la pressione addominale esercita una forza ragguardevole: essa ammonta a 71,6 cent. q., e spinge in basso verso l'elevatore dell'ano e lo sfintere esterno il contenuto addominale, ed è appunto per questo che tali muscoli sono di altissima importanza in ginecologia e che le alterazioni nelle loro funzioni agiscono molto sfavorevolmente sulla normale situazione dei visceri del bacino. Lesshafft si esprime in questo modo: nella donna tutti i muscoli serventi in alto e in basso alla chiusura dell'addome, e l'elevatore dell'ano, sono proporzionalmente e fortemente sviluppati, nell'uomo, al contrario, la parte inferiore dello sfintere esterno è la più forte. Ed è interessante a questo proposito la diversità di peso dell'elevatore dell'ano nell'uomo e nella donna: mentre nell'uomo l'elevatore dell'ano e lo sfintere esterno peserebbero 36,9 g., nella donna 49 g.! In una donna con prolasso della vagina e dell'utero solo 19 g.! Da ciò la terapia dei prolassi dovrebbe, per essere veramente razionale prendere in considerazione e rafforzare tali muscoli. Il Von Sviecicki cita anzi un caso di prolasso uterino con cistocele e rettocele, ribelle alla colporafia anteriore ed alla colpoperineorafia che fu da lui curato con energici movimenti di apertura delle ginocchia a bacino appoggiato ed innalzato e con altri simili a quelli che potrebbero servire a trattenere le feci. Dopo tre settimane lo stato della donna era così migliorato che potè essere dimessa come guarita. Le si raccomandò di continuare tali movimenti, di tendere gli adduttori incrociando le gambe e respirando profondamente per portare la pressione addominale ad alto grado, e la guarigione si mantenne. L'A. giudica dunque che i movimenti ritenuti dal Brandt come accessorii siano gli unici giovevoli nel prolasso.

I legamenti dell'utero hanno, in confronto alla pressione addominale, poca importanza essendo poco elastici e quindi poco distensibili: i fasci detti dal Luscka muscoli rettrattori dell'utero, si possono preparare solo artificialmente e sono, secondo il Küstner, ben poco sviluppati. Non i legamenti trattengono dunque l'utero nella normale posizione, ma bensì, e quasi unicamente i limiti inferiori della pressione addominale, cioè l'elevatore dell'ano e lo sfintere esterno. Una abnorme funzione della pressione addominale può dunque causare (come nel ventre pendulo), il prolasso dell'intestino, diverse nevralgie, alterazioni venose, stipsi ostinata; qui l'A. consiglia la cura di queste alterazioni della pressione e i mezzi per prevenirle, e riassumendo dice che nei prolassi della vagina e dell'utero l'unica cura razionale è quella che tende a rafforzare i coefficienti di tale pressione, sopratutto quelli del confine inferiore, elevatore, dell'ano e sfintere esterno.

spinge violentemente gli organi pelvici contro le aperture esistenti nel bacino e colla stessa facilità, anzi con maggior facilità di quello che nell'uomo si determinano le ernie, si determina nella donna il prolasso, perchè l'utero spinto con forza verso l'apertura vulvare riprende per qualche tempo la propria posizione, ma poi, superata e vinta la elasticità dei propri legamenti è incapace a riacquistare la posizione fisiologica. Dalla posizione dell'utero, dalla maggiore ampiezza dell'apertura vulvare e dalla varia resistenza del perineo dipende la maggiore o minore tendenza alla produzione del prolasso. Ma se è difficile e pressochè eccezionale, che si verifichi il prolasso quando l'utero è in posizione fisiologica, non è sempre vero che l'ampiezza dell'apertura vulvare e le lacerazioni perineali sieno cause disponenti ed efficienti quasi necessarie alla produzione del prolasso.

Nel comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale Maggiore, diretto dal prof. Mangiagalli, si potè notare che i prolassi più gravi e recidivi, si verificarono sempre o pressochè sempre in donne con lacerazioni vaginali di primo grado o con perineo integro e perfino (e questi appunto furono i prolassi più voluminosi e più gravi), in donne con genitali virginei.

E questo giustifica l'opinione, sostenuta dal prof. Mangiagalli e da me precedentemente esposta, che il prolasso dipenda oltrechè da condizioni locali, da condizioni generali, comuni se non a tutto l'organismo, almeno a tutto l'addome, quali il rilasciamento del pavimento pelvico e la distensione e l'abnorme cedevolezza dei legamenti dei visceri addominali in una serie di casi, ed in una serie opposta tutti quei fattori che fanno capo invece al notevole aumento della pressione addominale.

In questi casi si verifica anzi quello che si dice prolasso primitivo dell'utero, quando l'utero stesso prolassato trascina dietro di sè la vagina rovesciata.

Cura.

La cura del prolasso si può distinguere in ortopedica, operativa e manuale. Intendo di raggruppare sotto queste tre denominazioni i varii metodi di cura e di parlare nella ortopedica delle varie specie di pes-

sario, confrontando poi i risultati dati da questo metodo di cura con quelli dei varii metodi operativi proposti per ovviare a questa infermità e con quelli dati dalle varie manualità che si raggruppano sotto i nomi di elevazione e di massaggio.

In un recente ed accurato lavoro sulla ipertrofia longitudinale del collo e sul prolasso, il dottor Villa nota come i migliori risultati terapeutici egli li abbia ottenuti colla semplice applicazione dei pessarii Hodge, i quali, modificando la posizione dell'utero e spostandone l'asse che viene così ad avere direzione diversa da quello della vagina, fanno cessare quelle alterazioni delle condizioni di nutrizione che producevano e mantenevano la ipertrofia del collo, mentre il prolasso della vagina cessa essendo la vagina stessa trattenuta in alto dal pessario. Non sempre però, sopratutto quando non vi sia ipertrofia del collo, e quando la vagina sia notevolmente dilatata, l' applicazione del pessario di Hodge riesce possibile ed altrettanto può dirsi degli altri pessarii (come quelli a cifra 8 ed a sbarra trasversale consigliati nella retroversione).

Si ricorre allora ai pessarii circolari a disco e meglio ancora a quelli flessibili di Dumontpellier. I pessarii circolari, a disco cavo in caoutchouc e quelli di crine rivestito di caoutchouc hanno il grave difetto di produrre facilmente ulcerazioni della vagina ed insieme a quelli di Dumontpellier hanno il grave inconveniente di dilatare progressivamente la vagina. Riesce dunque dopo qualche mese necessaria la loro sostituzione con pessarii sempre più grandi fino a che il prolasso si riproduce malgrado il pessario, anzi la vagina diventa così dilatata, che la pressione dei visceri addominali la spinge all'infuori malgrado il pessario, la cui permanenza in posto diventa così impossibile. Ritengo che lo stesso inconveniente si possa addebitare ai pessarii di Emmet fatti di stagno pieno (1) ed aventi forma di triangolo che viene poi ripiegato in modo particolare. Secondo l'Emmet tale strumento non può tagliare nè strozzare i tessuti. Ma per quanto io non abbia riguardo ad esso esperienza personale, ritengo debba avere gli inconvenienti che sono universalmente riconosciuti agli altri pessarii proposti contro il prolasso, cioè di sfiancare la vagina contro la quale appoggiano e di aumentare

(1) Th. Emmet « La pratique des maladies des femmes. » Olivier, Paris, 1887.

col tempo il volume del prolasso stesso e la sua tendenza a fuoruscire dall'apertura vulvare.

Anche gli isterofori non sono consigliabili nella cura del prolasso eccetto che nelle vecchie, nelle quali, appunto in causa dell'età avanzata, i metodi di cura operativa non sono consigliabili e le manualità di massaggio non possibili e non indicate anche in causa della rigidezza dei tessuti. È certo che gli isterofori offrono molti inconvenienti, fra cui non ultimi quello della difficile pulizia della vagina e dello strumento e quelli dipendenti dalla ulcerazione della parete vaginale che a lungo andare pressochè tutti gli isterofori cagionano. Ad ogni modo, quando si tratti di pazienti in età avanzata, è il caso di applicare gli isterofori a preferenza di altre cure, per la ragione che: *melius anceps quam nullum adhibere remedium.*

(Continua).

Sulle modificazioni al taglio cesareo Porro

A PROPOSITO DI TRE ALTRI CASI OPERATI CON ESITO FELICE

di cui uno con ablazione totale dell'utero (1)

PEL

Dott. L. M. BOSSI

Professore paregg. di Ostetricia e Ginecologia all'Università di Genova.

Mi induce a pubblicare le presenti osservazioni cliniche non il semplice desiderio di aumentare la già tanto ricca statistica delle operazioni cesaree, quanto l'intento di cooperare alla discussione sulle modalità con che può essere o meno perfezionato il taglio cesareo demolitore Porro, e particolarmente sull'ablazione totale dell'utero.

Nè è necessario il soggiungere che io quivi sorvolo sulla questione di preferenza già tanto dibattuta, sebbene non ancora risolta, fra i due metodi fondamentali, il demolitore o Porro, ed il conservatore o Saenger. Avrei a tale riguardo a ripetere quanto in altra occasione (2) esposi, esistere cioè per l'uno e per l'altro indicazioni precise, nè doversi abbandonare se non per orgoglio nazionale, che anche in questo caso sarebbe giusto, certo per razionali considerazioni mediche e psichiche, l'operazione Porro, che molto contribuì in un colla sinfisiotomia, dalla scuola napoletana, auspice Morisani, tanto validamente sostenuta, a tener alte le sorti dell'ostetricia italiana all'estero e che nelle indicazioni assolute per ristrettezze pelviche e nell'osteomalacia ha sul Saenger reale superiorità.

Ciò premesso passo alla rapida descrizione dei singoli casi.

---

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia di Genova nella seduta del 12 febbraio 1894 con presentazione delle operate.

(2) Bossi. « Taglio cesareo Porro con affondamento del peduncolo, ecc. » *Rivista d'Ostetr. e Ginec.*, Torino, 1891. — (Idem comunicazione alla Acc. di Genova).

I caso.

S. S. d'anni 32 primipara. Bacino piatto rachitico c. v. cm. 5, 5. Taglio cesareo con affondamento del peduncolo col laccio elastico. Madre e figlio salvi. (Presenti all'operazione, eseguita il 21 giugno i dottori: V. De Paoli, C. Braiting, Rota, Ruffi, Demarini, G. De Paoli, Maggiani, De Amicis, Oliviero, Zenoglio).

S. S. d'anni 32, sofferse nell'infanzia di rachitismo, fu mestruata assai tardi, a 18 anni, di salute successivamente sempre malferma.

Si presentò a noi nell'ottavo mese di gravidanza, verso la fine. L'esame obbiettivo rilevò: statura cm. 113, pannicolo adiposo scarsissimo, mucose assai pallide, anemia e denutrizione generali imponenti, condizioni scheletriche presentanti tutta la sindrone del rachitismo. Diametri della pelvi; Sp. I. mm. 180; Cr. I. = mm. 195; C. E. = mm. 150; B. tr. = mm. 165; C. D. = mm. 70. Ventre a pendulo; feto in presentazione podalica.

Diagnosi allora stabilita: bacino piatto rachitico; gravidanza alla fine dell'ottavo mese, presentazione podalica.

Nel giugno 1893 essendo la paziente giunta a termine di gravidanza, si compieva l'operazione cesarea. Aperto l'addome ed incisa la parete anteriore dell'utero il tagliente cadeva sulla placenta.

Rapidamente estrassi il feto che leggermente asfittico, tosto si riebbe.

Escisi l'utero sopra il laccio elastico che era stato posto leggermente più in basso dell'istmo dell'utero.

Cauterizzai col termocauterio il canale cervicale. Escisi i capi liberi del laccio che assicurai con fili di seta robusta. Affondai il peducolo, e chiusi le pareti addominali. L'operazione era durata 25 minuti.

In nona giornata tolsi i punti di sutura, le pareti addominali erano aderite per prima.

II caso.

E. C. primipara d'anni 25, bacino rachitico pseudo osteomalacico; taglio cesareo con affondamento del peduncolo col laccio elastico, eseguito la notte del 19 giugno 1893. Madre e figlio salvi, espulsione del laccio elastico per via vaginale sei mesi dopo. (Presenti all'operazione i dottori: Macaggi, Bariola, Demarini, De Paoli, Maggiani, De Amicis, Zenoglio, Oliviero).

L'operata è certa Emma Ch. d'anni 25, nativa di Verona, da parecchi anni domiciliata in Genova (Piazza Cavour).

L'anamnesi non rileva alcun fatto ereditario nè congenito da notare.

La prima mestrazione si ebbe a 11 anni e si ripetè poi regolarmente.

A 15 anni, ciò che è degno di nota, in seguito ad una grave caduta ebbe una gonilite fungosa sinistra che l'obbligò a letto per tre anni di seguito, guarendone in seguito sia all' applicazione di ignipunture sia da atto operativo, che la paziente non sa precisare. Ne conseguì però l' anchilosi dell' articolazione del ginocchio, e quindi l' andatura claudicante.

Sul finire del settembre 1892 la Ch. rimase incinta e sul gennaio del seguente anno 1893 avvertì i primi moti attivi del feto.

Giunta nel 6.° mese di gravidanza si fece visitare da una levatrice (sig.ª Capitani), che avendo rilevato trovarsi in presenza di viziatura pelvica opportunamente la consigliò di consultare un ostetrico. Il primo consultato però pare non riscontrasse la gravità del caso, giacchè suggeriva di attendere il termine della gravidanza, che poi sarebbe bastato il forcipe. Per tal modo io non potei esaminarla che al nono mese di gravidanza e rilevai: ossa del bacino relativamente sottili; introflessi in modo grave i cotili, ripiegate all' interno le branche orizzontali del pube, e ripiegate pure all'interno e in basso le tuberosità ischiatiche per la flessione subìta dalla branca ascendente dell'ischio e discendente del pube. Scomparsa così l'arcata pubica si sostituiva in suo luogo una fessura profonda che con grande difficoltà permetteva l' introduzione in alto del dito esploratore, e che impediva assolutamente l' applicazione dello speculum. Aggiungevasi l' impossibilitata divaricazione degli arti inferiori.

Dall'esame pelvimetrico risultava: Sp. I. mm. = 210; Cr. I. = mm. 225; retto esterno = mm. 155; Ob. I. = mm. 75; distanza fra le branche discendenti del pube flessa all'interno = mm. 30; distanza fra le tuberosità ischiatiche = mm. 45; retto interno dello stretto inferiore mm. 64. *Diagnosi* stabilita: *gravidanza alla prima quindicina del nono mese, presentazione podalica, feto vivo, bacino rachitico pseudo osteomalacico.*

Di fronte a tali condizioni evidentemente dovevasi pensare od all'embriotomia (su feto vivo), od al taglio cesareo, notando però che la grave viziatura pelvica avrebbe reso quasi impossibile anche l'operazione embriotomica. Mi decisi quindi per il taglio cesareo attendendo però che la gravidanza giungesse a termine.

Circa otto giorni prima però del termine della gravidanza, la sera cioè del 19 giugno 1893, venivo chiamato d' urgenza a domicilio della paziente, la quale in seguito a piccola caduta, mi disse aveva perdute le acque. Riscontrai in fatti rottura delle membrane non solo, ma iniziato il sopraparto, tanto che il trasporto dell'operanda era assolutamente

da sconsigliarsi per il pericolo a cui si esponeva il prodotto del concepimento.

Il più celermente possibile preparai quanto occorreva, chiamai a raccolta tutti i membri della guardia ostetrica, che assai mi coadiuvarono, ed alle ore 21, in quella piccola ed impropria camera, colla luce di due lampade procurateci d'urgenza praticavo l'atto operativo.

La placenta era inserita sulla parete anteriore, e l'incisione dell'utero cadde su essa. Il feto, leggermente asfittico, venne tosto rianimato; esso era molto sviluppato.

Stante sia la scarsa luce, sia le condizioni infelicissime dell'ambiente, desideroso di accelerare, affondavo il peduncolo col laccio elastico (un catetere Nelaton di cui escisi le estremità sovrabondanti) in posto, e suturai le pareti addominali. L'atto operativo ebbe in tutto la durata di mezz'ora.

Otto giorni dopo toglievo i punti di sutura e riscontravo una adesione per prima, se non chè il giorno dopo, e cioè nella mattina del 29 giugno, venivo chiamato d'urgenza; accorrevo coi dottori Maggiani e Oliviero e sollevata la medicazione trovavo riaperta completamente la ferita addominale con fuoruscita di gran parte del colon che era aderentissimo al cotone ed alla garza di medicazione. L'operata, impaziente e insofferente, stanca di rimanere in riposo, inconscia forse della gravità delle sue condizioni, approfittando di un momento di distrazione della suora che la vegliava, era discesa dal letto e vi era da sè rimontata. Certo in tale movimento era avvenuta la rottura della recente cicatrice.

Con non lievi difficoltà staccai l'intestino dal cotone e dalla garza, si fece una toilette della cavità addominale con leggera soluzione di acido borico bollito, rimisi gli intestini in posto e ricucii la ferita. Tutto ciò con le tante difficoltà che in tale ambiente, privo di tutto, erano inevitabili.

Nessuna reazione febbrile ne conseguì. L'ammalata guarì anche in seguito a tale incidente; certo l'accurata medicazione fatta dopo tolta la prima sutura che permise restassero gli intestini a contatto di essa per ben dieci ore (tale fu il tempo calcolato come trascorso dalla riapertura dell'addome all'ora in cui io venni chiamato) e l'eccezionale resistenza della paziente ebbe in tale esito grande parte.

Sei mesi dopo veniva per via vaginale espulso il laccio elastico senza lasciare disturbo alcuno, all'infuori di una perdita di liquido sierosanguigno per i primi giorni.

III CASO.

G. N. d'anni 30, quartipara. Bacino osteomalacico. Gravidanza seconda metà del nono mese. Presentazione trasversa. Operazione cesarea la notte del 7 gennaio 1893. Ablazione totale dell'utero (metodo Martin). Madre e figlio salvi. (Presenti all'operazione i dottori Demarini, De Paoli, Maggiani, De Amicis, Zenoglio e Oliviero, membri della Guardia Ostetrica di Genova).

Geronima Novella in Toscanini di Genova (via Olivette) soffrì le malattie abituali dell'infanzia. Fu mestruata la prima volta a 14 anni e tale funzione continuò regolarmente. All'età di 19 anni si maritò ed ebbe tre gravidanze, di cui due a termine ed una seguita da aborto a tre mesi; puerperii regolari.

Nell'ultima gravidanza, 28 mesi or sono, incominciò ad accusare malessere generale, dolori in tutte le articolazioni e specialmente alle articolazioni cosco femorali, dolori sacro-lombari, disappetenza. Questo stato andò sempre più accentuandosi. Nel mese di aprile 1893 rimase incinta per la quarta volta, al quarto mese fu resa quasi impossibile la deambulazione, dal settimo mese in poi dovette tenere il letto aiutata dai parenti in tutti i movimenti. Al solo urtare leggermente nel letto accusava forti dolori in tutte le ossa.

L' esame obbiettivo rivela: donna di sviluppo scheletrico apparentemente regolare; masse muscolari poco sviluppate, scarso il pannicolo adiposo, mucose assai pallide. Non si hanno atrofie muscolari sugli arti nè gonfiore alle articolazioni, è però dolentissima la palpazione lungo tutti gli arti.

L'apparecchio respiratorio e circolatorio sono normali. La lingua è coperta da patina biancastra, e la paziente accusa disappetenza, gastralgie, nausee, vomiti. Addome assai teso ed a pendulo, voluminoso quanto una gravidanza a termine; moti attivi a sinistra, estremo cefalico a destra, battiti cardiachi fetali sulla linea ombelicale.

Dall'esame pelvimetrico risulta: Circonferenza addominale al belico = mm. 990; distanza dal pube al fondo uterino mm. 205; distanza xifo-pubica mm. 500; Cr. I. = 240; Sp. I. = 245; C. E. = 185; Ob. c. d. = 195; Ob. c. s. = 200; B. tr. 300; C. D. 105.

Distanza fra le branche discendenti del pube e ascendenti dell'ischio = mm. 50; Distanza fra le tuberosità ischiatiche mm. 55 Antero posteriore dello stretto inferiore mm. 60. Statura m. 1,42.

Diagnosi. Gravidanza al nono mese complicata da osteomalacia; Pr. Tr. C. I. S. A. Nella notte del giorno 7 gennaio e precisamente alle 2 1|2 ant. il marito veniva chiamarmi d' urgenza perchè da alcune ore la paziente aveva i dolori del parto.

Accorsi tosto e riscontrai in uno coi dottori Demarini, De Paoli e Maggiani *una dilatazione quasi completa*, rotto il sacco e *braccio procidente in vagina*. L'operazione cesarea si preparò rapidamente, il tutto in una piccola cameretta di quell'alloggio ed alle ore 6 assistito da tutti i sanitarii della Guardia Ostetrica accorsi in tempo quale valido aiuto, mi accingevo ad operare.

L'incisione sulla parete uterina anche in questo caso cadde sull'inserzione della placenta. I dott. De Paoli e Demarini si tenevano pronti coi capi del laccio elastico per stringere la parte inferiore dell' utero quando io avessi ritirato il feto e quindi il braccio procidente in vagina, ciò che feci con tutta la celerità che mi fu possibile.

Il feto estratto asfittico tosto si rianimò. Passai allora alla legatura dei legamenti larghi e incidendo man mano fra le legature e gli annessi uterini in modo che rimanessero all' esterno legati i vasi, giunsi in corrispondenza dell' inserzione vaginale sull'utero.

Circolarmente incisi il peritoneo e quindi il fondo vaginale e assicurandomi man mano dell'emostasi con lacci in seta posti al disotto del laccio elastico, escisi così in totalità l' utero. Suturai i margini della vagina; suturai il peritoneo, e chiusi le pareti addominali con sutura a strato unico.

In nona giornata si tolsero i fili della parete addominali; l'ammalata non ebbe mai alcun rialzo di temperatura; il decorso post-operatorio non poteva essere più felice.

L'esame analitico dei tre casi clinici conduce alle seguenti considerazioni e deduzioni:

1.° In tutti e tre l'*indicazione al taglio cesareo, date le condizioni della pelvi, era assoluta.*

Nella prima paziente infatti trattavasi di bacino piatto rachitico con viziatura di terzo grado, non essendo la coniugata vera che di quattro centimetri e mezzo.

Nelle altre due la viziatura pelvica risiedeva specialmente allo stretto inferiore per la gravissima introflessione delle branche discendenti del pube ed ascendenti dell' ischio, nonchè delle tuberosità ischiatiche, introflessione tale che, unita all'impedita divaricazione delle coscie, impediva l'introduzione anche solo in vagina, nonchè della mano anche solo di più dita.

Ora l'interruzione della gravidanza, dato il periodo avanzatissimo della gravidanza in che venne chiamato il nostro intervento dovevasi

escludere l'embriotomia, oltrechè avrebbe sacrificato il prodotto del concepimento che in tutti e tre gli interventi fu salvo, dovevasi giudicare senza esagerazione impossibile nel secondo caso, di pericolo pressochè uguale per la madre negli altri due casi, particolarmente nel terzo in cui il feto presentavasi trasversalmente con braccio procidente, e nel quale l' introduzione della mano nell'utero, come si disse, era impossibile.

2.° Date tali condizioni *era pure indicato il metodo demolitore;* nelle prime due pazienti infatti altre gravidanze avrebbero inevitabilmente esposto od alla provocazione dell'aborto od a un secondo taglio cesareo, il che, per quanta sicurezza d'esito in oggi si possa avere, date le misere condizioni sociali di quelle poverette, era a nostro modo di vedere da evitarsi.

Nella terza paziente trattandosi di osteomalacia l'indicazione al metodo demolitore veniva suggerita, oltrechè dalla detta considerazione, anche dall'obbietto di avere successivamente la guarigione di tale forma ossea come, fino a prova contraria dobbiamo credere, date le esperienze cliniche del Fehling, del Krobach, del Braun, del Porro e del Truzzi, esperienze cliniche a cui sono lieto di aggiungere il caso a me già occorso il 3 luglio 1891, in cui per osteomalacia eseguii un' operazione cesarea col metodo demolitore su una paziente che ora trovasi perfettamente guarita (1).

3.° *Per rapporto all' indole delle viziature pelviche* sono degni di nota la *pseudoosteomalacia* del secondo caso che è abbastanza rara, e l'*osteomalacia* del terzo caso in cui trattavasi di donna che da più di 20 anni viveva in Genova ed in quartieri bene aereati (S. Fruttuoso).

4.° Per rapporto ai particolari operatorii e post-operatorii può l'osservazione essere richiamata:

a) Sulle condizioni *gravissime di denutrizione e di anemia* del primo caso, tali che fortemente lasciavano temere d'una catastrofe durante o dopo l'atto operativo. Tale denutrizione era stata provocata dai vomiti quasi continui durante gli ultimi due mesi di gravidanza e che avevano resistito ad ogni trattamento. *I clisteri con soluzione fisiologica*

---

(1) V. al riguardo — Bossi. « Un secondo taglio cesareo, ecc. » *Riforma Medica,* N. 248 del 1891

(0,75 0[0]), di cloruro di sodio caldi fatti ogni 4 ore dopo l'atto operativo, nonchè l'introduzione di 700 grammi della stessa soluzione 40 0[0], fatta nella cavità peritoneale durante l'atto operativo ed abbandonatavi, cooperarono non poco al felice esito e sono assai da raccomandare in tutte le operate in cui la perdita di sangue sia forte relativamente alle condizioni di nutrizione e di crasi sanguigna della paziente.

b) La riapertura di tutta la ferita addominale avvenuta il giorno dopo tolti i punti di sutura nella seconda operata, nonchè la fuoruscita dell'intestino crasso ed il suo permanere a contatto della medicazione ad essa aderendo su quasi tutta la superficie, che non impedirono la guarigione dell'ammalata, dopo che l'intestino fu con difficoltà e con non lievi traumi ridotto e le pareti ricucite, sono pure fatti degni di nota.

Dimostrano essi come già si disse, che pur trovandoci in un ambiente igienicamente infelicissimo, anco la seconda medicazione venne fatta asetticamente e dimostrano pure la opportunità nelle successive medicazioni delle laparotomizzate di praticare fasciature ben tese e resistenti onde evitare che, sia per movimenti inconsulti, come nel presente caso in cui l'operata discese dal letto dicendo che sentivasi benissimo, sia il facile spesso forte meteorismo intestinale, producano una rottura della cicatrice in corso.

Nel terzo caso la tardiva chiamata dell'intervento chirurgico e quindi *la dilatazione quasi completa del collo, la rottura del sacco e la procidenza in vagina del braccio* meritano pure di essere ricordate quale una complicanza per l'atto operativo che si doveva eseguire d'urgenza, in un ambiente misero, punto preparato, in condizioni affatto antiigieniche.

L'esito felice avutosi per la madre e per il feto dimostrano come un intervento rapido, senza ambagi e titubanze, senza reticenze, possa anco in casi che si presentano gravissimi utilmente sopperire alle molte circostanze sfavorevoli.

Per quanto riguarda *le modalità del metodo demolitore nell'operazione cesarea,* non volendo certo emettere deduzioni conclusionali in queste osservazioni cliniche finora troppo limitate in numero, si è però opportunamente condotti a considerazioni che potranno sempre essere di qualche utilità per un'ampia discussione su questo argomento.

Già nel 1891, pubblicando il mio primo caso di taglio cesareo, ebbi ad insistere sulla questione del trattamento del peduncolo nell'operazione

Porro, concludendo in favore dell'affondamento e soggiungendo che ciò nulla toglieva all'entità dell'operazione che doveva sempre conservare di Porro il nome.

Tale modificazione infatti apportata dapprima dal Lizmann e dal Veit poi, e che il Mangiagalli, sebbene di fronte ad una casistica disastrosa del 73.33 0[0 di mortalità, fin dal 1883 vaticinava avrebbe col tempo goduto il *favore* degli operatori, devesi ritenere non altro che una modalità del metodo fondamentale demolitore.

Ma come nell'ablazione dei fibromiomi, pure rimanendo intatto il concetto fondamentale dell'atto laparotomico (quando per il volume è da escludersi la via vaginale), da non pochi anni viva sempre più e vantaggiosa persiste la discussione sulle modalità di tale operazione, egualmente pel taglio cesareo non meno vantaggioso deve riescire il cooperare ciascuno coi proprii mezzi a risolvere la questione delle modificazioni che o in tesi generale o in dati casi clinici convenga introdurre nell'operazione Porro a vantaggio delle pazienti.

Dirò anzi di più, che se nel campo ginecologico si può obbiettare ai molteplici tentativi di stabilire un metodo che chiaramente si dimostri agli altri superiore, la varietà nel volume, nella forma e nella disposizione dei tumori fibromiomatosi indicanti l'intervento operativo, nel campo puramente ostetrico invece l'elemento su cui devesi operare non muta mai (esclusa qualche eccezionalissima circostanza), abbiamo cioè sempre un utero che svuotato si riduce ad un volume limitato con tessuti in stato fisiologico, e quindi, ciò essendo, tanto più razionale quivi diviene l'idea di stabilire una modalità di intervento che, in tesi generale ed in base ad una statistica forte e coscienziosa, si possa additare alle altre preferibile.

Al quale riguardo non trovo in tutto opportuna la citazione fatta dal Bertazzoli (1) di quanto, riferendosi ai casi ginecologici, scrisse il Pozzi: « La vérité ne réside pas dans une prescription absolue de l'une ou de l'autre méthode; elle est plutôt dans le choix raisonné selon les cas déterminés; » poichè quivi le circostanze determinanti, salvo rarissime eccezioni, non possono riferirsi che all'ambiente in cui si opera,

---

(1) Bertazzoli. « Relazione di tre operazioni Porro, ecc. » *Ann. di Ost. e Gin.*, Anno 1892, N. 1.

all' abilità dell' operatore, all' urgenza dell' intervento, ecc., non cioè a quelle condizioni anatomiche a cui il Pozzi (1) alluse nel suo trattato.

Per rapporto al trattamento dei fibromiomi per via addominale si passò dalla fissazione del peduncolo all'esterno, all'affondamento del peduncolo, sia col laccio introdotto dal Kleberg, dal Olshausen, sia senza laccio (motodo Schroeder) ed infine all' ablazione totale dell' utero (metodo Martin).

Ora non havvi alcuna ragione contraria, perchè la stessa evoluzione segua l' operazione cesarea demolitrice, che l' ostetricia operativa cioè approfitti dei dati sperimentali clinici che la ginecologia le offre per migliorare il suo principale intervento operativo, la ragione anzi, come già dissi, è tutta a favore, l' immutabilità in generale cioè, dell'elemento su cui si opera.

Il Bertazzoli (2) scrisse: « Il concetto fondamentale che informa l'operazione Porro sta nell'ablazione *sopravaginale* dell'utero e dei suoi annessi, ecc. » Ma più razionale parmi sarebbe il dire:

Il concetto fondamentale che informa l'operazione Porro sta nell'ablazione dell'utero (sia essa totale o sopravaginale) e degli annessi, per la quale semplificando la condizione della puerperalità, non si lascia nella paziente un organo, che al momento potrebbe esserle causa di gravi pericoli e di morte, ed inoltre la si mette per sempre al sicuro della possibilità di una seconda gravidanza.

E non solo non dobbiamo ritenere, come avrebbero scritto il Truzzi nelle sue prime due pubblicazioni (3) e lo Zweifel nel 1889, che l' affondamento del peduncolo svisa e muta tanto l' atto operativo da non potersi più ritenere — operazione Porro — (« .... its nun nicht die Porro Operation »), ma è giusto pure ammettere che neppure l'ablazione totale dell' utero, per quanto modificazione più grave ancora, qualora l'esperienza la giudicasse utile ad attuarsi, toglie a tale atto operativo la caratteristica sua primitiva, ma che all' incontro dovrebbe ognora appellarsi anche in tal caso, col nome dell' illustre ostetrico italiano.

---

(1) S. Pozzi. « Traité de Gynécologie clinique et opératoire. » Paris, 1890.

(2) Loco citato.

(3) Truzzi. « Sulla operazione Porro. Studio critico statistico. » Milano, 1884. — « Ulteriore contributo allo studio dell'operazione Porro. » *Ann. d' Ost.*, 1890.

E, dalla questione di semplice priorità di nome, passando alla parte positiva dell' argomento, è mio obbiettivo appunto il mettere in campo la domanda.

Poichè alla fissazione del moncone all' esterno si addebitano serii inconvenienti, quali la persistenza di un infundibolo che può rimanere a lungo resistendo ad ogni trattamento, i dolori di stiramento, il pericolo di facili diffusioni settiche al cellulare endo-pelvico, ecc.; poichè all'affondamento del peduncolo se senza laccio si addebitano oltrechè la facilità d' infezione per la propagazione degli elementi infettivi del canale cervicale, incerta emostasi, ecc., e se col laccio il pericolo permanente del laccio stesso e delle fistole residuanti talora alla sua eliminazione; non si dovrebbe pensare alla completa ablazione dell'utero, collo stesso metodo che oggi tende a divulgarsi per fibromiomi?

Con questa modificazione si giungerebbe a togliere anche l'inutile porzione d'utero rappresentata dal moncone, la quale, per quanto a mio credere molto, anzi troppo siasi esagerato al proposito, può in ogni modo costituire una fonte di complicanze post-operative senza essere di vantaggio alcuno per l'operata.

Al quale concetto può ritenersi informato il terzo ed ultimo caso di taglio cesareo da me operato, e che chiuderebbe la serie delle modificazioni al metodo classico.

È noto frattanto come varii esperimenti di estirpazione totale dell'utero, all'intento di farne poi l'applicazione nel campo ostetrico, vennero eseguiti sugli animali dal Giuseppe Cavallini nel 1768 (1), dal Michaelis (2), dal Blundell (3), dal Fogliata (4), il Caruso (5) nella sua memoria in corso di pubblicazione su questo stesso periodico fa citazioni estese al riguardo.

Tali esperienze precedettero l'operazione Porro preparando forse a

---

(1) « Tentamina medico-chirurgica de felici quibusdam animantibus uteri extractione etc. » Florentiae, 1768.

(2) *Siebold's Lucina*, 1809, Bd. V, Strich 1, S. 89, Note **.

(3) « Lehre der Geburtshülfe. » Bd. II, p. 716, Bonn, 1849.

(4) « Contribuzione allo studio dell' amputazione dell' utero negli animali domestici. » *Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia degli animali*, sett. e ott. 1875, pag. 255.

(5) Caruso. « Operazioni complementari al taglio cesareo. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1892, 93, 94.

questa il campo, e quindi prevennero anco lo Schroeder, il Martin ecc. nella ginecologia operativa.

Sono in oggi sei operazioni cesaree ch'io ebbi occasione di eseguire, ed in esse, se diamo un rapido sguardo retrospettivo, vedesi una chiara e graduale evoluzione alla nominata ultima modalità.

Due anni e mezzo or sono in questa stessa Accademia Medica di Genova, comunicavo il mio primo taglio cesareo per rachitismo, in cui avevo affondato il peduncolo colla sutura a strati; a circa un mese di distanza, un secondo ne eseguivo per osteomalacia, ed in cui pure affondavo il peduncolo collo stesso metodo.

Sembravami allora razionale che questa modificazione dovesse prevalere sulla fissazione del peduncolo all'esterno, ed insistevo perchè tale questione si tenesse viva. Sei mesi dopo e cioè prima che altri esiti felici (dopo i miei) con tal metodo si pubblicassero in Italia, compariva una memoria del dottore Bertazzoli, che riferendo due atti operativi fatti dallo stesso Porro con detta modificazione, concludeva coll'ammetterne i vantaggi.

Un terzo caso presentatosi d'urgenza somma ed in ambiente infelicissimo, quello della rottura dell'utero, mi conduceva, per scopo di rapidità e semplicità ad affondare col moncone il laccio elastico, che mi permetteva di effettuare in 25 minuti l'atto operatorio su una moribonda, e constatatone *de visu* l'ottimo risultato, fui condotto in un quarto ed in un quinto caso, quest' ultimo per pseudoosteomalacia pure eseguito d'urgenza ed in circostanze difficilissime per l' ambiente, a continuare sulla stessa via dell' abbandono del laccio ed in queste pure il risultato fu incoraggiante.

Notai però in tutte tre tali operate la fuoruscita, ad epoche diverse e cioè in 25.ª giornata in una, in 28.ª nella seconda, sei mesi dopo nella terza, del laccio elastico, fatto questo che se può ritenersi utile come esito definitivo che priva anche di tale corpo estraneo la paziente, può ascriversi anche a svantaggio del metodo, se si considerano gli inconvenienti che lo possono accompagnare, quali la fuoruscita di liquidi, la possibilità di qualche seno fistoloso, ecc.

Presentatosi opportunatamente un sesto caso, misi in pratica l'ablazione totale dell' utero, colla sutura del fondo peritoneale e del fondo vaginale.

Essendo l'utero mobile, liberi gli annessi, elastici i tessuti, e quindi facile quello a stirarsi in alto in totalità, l'operazione offre assai meno difficoltà che nei casi di miomi.

L'operazione si può così riassumere:

1.° Incisione della parete addominale per una estensione sufficiente onde con adatte trazioni far sgusciare dalla cavità peritoneale l'utero gravido.

2.° Laccio elastico che circonda l'utero inferiormente tenuto pronto da un assistente, per essere stretto appena inciso l'utero e quindi durante l'estrazione del feto.

3.° Incisione longitudinale della parete uterina ed estrazione del feto.

4.° Legatura dei legamenti larghi il più all'esterno possibile e quindi dei fasci vascolari laterali, ed altra legatura (ovvero urgendo, forti klemmer), all'interno, in vicinanza delle ovaje, e incisione fra le due legature o le legature esterne ed il klemmer in modo da lasciare aderenti all'utero trombe ed ovaja.

5.° Incisione del peritoneo al disotto del laccio formandone un lembo circolare e dissezione del collo radendolo fino alla sua terminazione vaginale. Durante questo tempo dell'operazione converrà raccomandare all'assistente che trovasi di fronte di stirare molto in alto la matrice onde la discissione riesca più facile, regolare, visibile, e si possano man mano con pinze emostatiche chiudere i vasi che si incidono.

In questo quinto tempo, qualora si tema emorragia, si potrà anche preventivamente fare una legatura continua delle colonne vaginali e del peritoneo, con un punteruolo montato, trafiggendo dall'avanti all'indietro in basso, ove più non si sente lo spessore del collo il fondo vaginale, ciò che non riesce difficile stante la possibilità di tirare molto in alto ed all'esterno tutto l'utero colle sue inserzioni.

6.° Sutura dei margini del fondo vaginale, sutura del peritoneo soprastante.

7.° Chiusura delle pareti addominali. È utile a ricordarsi, come è ovvio, che se il collo uterino sarà scomparso non solo, ma si avrà già un certo grado di dilatazione, più facile riuscirà l'atto operativo.

Evidente è poi la necessità di un'accurata *toilette* vaginale preventiva.

Anche in questo caso l'esito fortunatamente sortì felice per il figlio

e per la madre. Sarà questa modalità chiamata a modificare utilmente il metodo classico demolitore? sarà essa l'operazione complementare al taglio cesareo da preferirsi? Ad ulteriori osservazioni cliniche il responso. Delle quali in attesa frattanto sarei condotto per ora a ritenere:

I. Che l'affondamento del peduncolo in generale ben più nel campo ostetrico che nel ginecologico, per le felici condizioni esistenti alla formazione di esso rappresenta, dati gli attuali mezzi di antisepsi, un progresso sulla fissazione del moncone all' esterno, come lo proverebbero i dati statistici di questi ultimi anni, pure ammesso però che, in date circostanze cliniche, quest'ultima modalità possa essere utilmente messa in pratica.

II. L'affondamento del peduncolo col laccio elastico costrittore, senza sutura della superficie, previa semplice cauterizzazione del canale cervicale, rappresentando il metodo più rapido e semplice, è a consigliarsi nei casi urgenti ove le condizioni d'ambiente, di mezzi ed anco di personale siano seriamente deficienti, convenendo sugli altri casi dare la preferenza alla sutura a strati (metodo Schroeder) del moncone.

III. Che, dato il concetto fondamentale del metodo demolitore di togliere un organo la cui preferenza può riuscire pericolosa, considerato il fatto da ammettersi non meno dal ginecologo, che dall' ostetrico, che il moncone comunque trattato, costituisce sempre un pericolo sia per sè stesso, sia quale un tramite di passaggio di elementi infettivi dalla vagina e dal canale cervicale alla cavità peritoneale, l' ablazione totale dell' utero, tecnicamente assai più facile e sicura nel campo ostetrico, dovrebbe rappresentare il vero ideale del taglio cesareo demolitore, senza togliere all'operazione Porro la propria originalità.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell' Istituto suddetto.

(Continuazione, vedi pag. 887 del 1893).

Indicazioni.

Dall'analisi delle tabelle di Godson e mie si rileva che i 445 casi, più 44 da me ulteriormente raccolti (1), in tutto 489, si ripartiscono per riguardo all' indicazione nel modo seguente:

a) Stenosi pelvica. — 355 casi, compresi quelli di osteomalacia

(1) 446. H. Agnew (Philadelphia). 17. VIII. 1880. 44 anni, Igravida. Fibromioma uterino ostruente la pelvi. Gravidanza al 6.° mese; in travaglio da 5 giorni. Feto putrefatto. Tratt. extraper. del moncone (clamp). Morte dopo 64 ore. — Questo caso, da me dimenticato, fu escluso da Godson *(Brit. med. Journ.*, Jan. 26, 1884) dalla lista delle operazioni Porro, mentre vi fu compreso da Mangiagalli e Pestalozza, perciocchè in esso l' indicazione all'intervento fu tutta ostetrica, urgendo liberare la donna che era già in travaglio da 5 giorni, e l'amputazione sopra-vaginale venne fatta solo a complemento di taglio cesareo.

447. Hegar (Freiburg i. B.) 25. XII. 1883. 25 anni, IIIpara. Acque colate dal giorno avanti. Presentaz. di spalla. Tentativi ripetuti di liberazione col rivolgimento, la decapitazione, l' esenterismo, seguiti da estese lacerazioni vagino-cervicali. Timpanite uterina. Scolo dalla vagina di un liquame fetentissimo. Temp. 39. 8. Modifica Müller. Tratt. extrap. col processo dell'A. In 2.ª giornata, in seguito a febbre elevata e scolo fetente dalla vagina si applica un drenaggio cervico-vaginale, e si praticano lavacri disinfettanti attraverso di esso. Morte in quarta giornata. All' autopsia furono trovate nel canale cervicale e nella vagina profonde e numerose ulcerazioni difteriche. (Schmalfuss, loco cit.). Questo caso, che non è compreso nelle tabelle del Godson, non fu riportato, per dimenticanza, nelle mie. Fu esso che consigliò lo Schmalfuss a proporre il drenaggio cervicale, come ebbi a notare.

448. Leopold (Dresden). 20. VII. 1888. 28 anni, Ipara. Bacino piatto-rachitico universalmente ristretto. C. v. 5 cent. circa. La paziente venne accolta nella Clinica dopo un viaggio in ferrovia di parecchie ore, in preda a grave infezione, con feto craniotomizzato contenuto ancora nell' utero; tympania del-

(116) con 126 morti = mortalità del 38. 3 0[0. Nei casi di Litzmann (15.°) e di Hennig (363.°) al vizio pelvico era associata la stenosi cicatriziale

---

l'utero contratto tetanicamente. Forte edema della vulva, colo di un liquido fetido dai genitali, notevoli lacerazioni della vagina, procidenza della mano destra. A malgrado della decapitazione e della disarticolazione del braccio destro non si riescì a compiere l'estrazione del feto a causa della minaccia di una rottura uterina. Epperò si ricorse all'operazione Porro asportando l'utero senza aprirlo dopo la chiusura della cavità addominale e la cucitura della sierosa da ambo i lati. Morte al quarto giorno p. op. per sepsis. (CÖRNER, « 50 Kaiserschnitte wegen Beckenenge - Arbeiten aus der königlichen Frauenklinik in Dresden. » Leipzig, 1893, I Bd., p. 297).

449. WERTH (Kiel). 18. V. 1889. Carcinoma della porzione vaginale. Previa rimozione *per vaginam* di un pezzo di tumore della grandezza di una mela, operazione Porro con tratt. extraper. Feto vivo. Guarigione. (H. SCHULTZ, « Beitrag zur Statistik der Sectio caesarea. » Inaug., Diss. Kiel, 1893).

450. SNEGIRJOFF (Mosca). 1889. Carcinoma cervicis. Morte della donna. (SUTUNGIN, loco cit.; e « Terapia del cancro uterino complicante la gravidanza ed il parto. » *Wratsch*, 1890, N. 10, p. 225-27, N. 4, p. 255-57; e *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIX). Di un altro caso di questo stesso A. si trova una notizia statisticamente inutilizzabile nell'Archivio della Soc. ost. ginec. di Mosca, 1891, N. 2, p. 14.

451. F. SCHWARZ (Fünfkirchen). 26. 1. 1890. 23 anni, Ipara. Bacino piatto universalmente ristretto. C. v. 6 cent. Operazione all' inizio del travaglio. Feto vivo. Tratt. intrap. Morte della operata al quattordicesimo giorno di pleurite doppia. Tre mesi prima la paziente aveva sofferto di pleurite a destra, di cui erano apprezzabili ancora dei residui avanti l'atto operativo. (« Vier Fälle von Sectio caesarea. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, Nr. 11.

452. FRITSCH (Breslau). 20. II. 1890. IVpara. Nel parto antecedente (1. III. 1889), taglio cesareo. Vedi il caso 192.° del mio quadro statistico in questo giornale, anno 1889). Dopo l'apertura dell'addome l'utero si mostrò fortemente aderente alla parete addominale quasi fino a livello del bellico. Onde poter fare l' incisione uterina fu mestieri separare col bisturì l' utero dalla parete addominale. La cicatrice cesarea era così fortemente assottigliata, che protuberava come un' ernia ripiena di liquido amniotico. I dolori erano durati dalle 8 a. m. alle 3 p. m., ora in cui si praticò l'operazione. Secondo Fritsch bisogna ritenere che, se dopo il colo del liquido amniotico le contrazioni fossero divenute più energiche, si sarebbe crepata la cicatrice. (In questo caso la sutura uterina era stata fatta con catgut, la qual circostanza, a dire dell'A., potrebbe essere incolpata dello stato ernioso della cicatrice). Non si potè affondare il peduncolo, perchè il tratto della matrice rimasto dopo l'amputazione dell'organo era intimamente aderente alla parete addominale, epperò si fece il governo extraperitoneale. Guarigione. (« Bericht über die gynäk., Operationen des Jahrgangs 1891-92. » Berlin, 1893, p. 196).

453. LEOPOLD (Dresden). 13. VI. 1890. 35 anni, VIpara. Tutti i feti dei parti antecedenti morti. Bacino piatto rachitico, universalmente ristretto. C. v. 6 cent. Durata antecedente del travaglio 53 ore circa. Temp. 38. 4, polsi 100. Si cominciò per fare l' operazione conservatrice, ma essendosi trovate le membrane ovulari in istato di decomposizione putrida, si preferì l'operazione Porro col tratt. extraper. Feto asfittico, non rianimato. Madre guarita. (CÖRNER, loco citato, p. 324-25).

454. LAUWERS (Courtrai). 19. VIII. 1890. 26 anni, IIpara. Bacino angusto. C. v. 6.5 ctm. Operazione verso la fine della gravidanza avanti l' inizio del travaglio. Tratt. extraper. Madre salva. Feto vivo. (« Soixante-treize laparotomies pratiquées en 1888-90, etc. » *Bull. de la Soc. belg. de Gyn. et d'Obst.*, 1891, e comunic. epist. dell'Op. in data del 17. XII. 1893).

455. POZZOLI (Parma). 25. XI. 1890. 34 anni, IIIpara. Bacino osteomalacico. Gravidanza a termine, soprapparto avviato. Tratt. extraper. Segmentazione in due del peduncolo con laccio elastico passato con l'ago di Kaltenbach. Feto vivo. Madre guarita dall'operazione e straordinariamente e rapidamente migliorata del morbo osteomalacico. (CALDERINI, « Laparotomie. » Consideraz. cliniche, *Ann. di Ostetr.*, 1893, p. 740-41).

456. CHROBAK (Vienna). 19. XII. 1890. 30 anni, IVgravida. Nefrite cronica. Eclampsia (numerosi accessi). Focolai nella corteccia cerebrale. Paresi degli arti. Gravidanza all'ottavo mese; non travaglio.

del canale cervico-uterino; nel caso di Schwarz (248.°) si era manifestata la minaccia di rottura dell' utero.

Si fa il cateterismo alla Krause per provocare il parto prematuro. Gli accessi eclamptici continuano insistenti, e ad essi segue un lungo stato di asfissia: polso impercettibile, battiti cardiaci fetali lentissimi. Il feto, nato profondamento asfittico, muore poco dopo. Tratt. extrap. Gli accessi eclamptici cessano per alcune ore dopo l'operazione, ma poi vengono di nuovo in iscena ad intervalli più brevi, e la paziente soccombe il giorno appresso. All'autopsia: *morbus Brightii cum atrophia renum. Myocarditis. Hypertrophia excentrica cordis. Encephalitis circumscripta.* (GATTORNO. « Un caso di taglio cesareo per eclampsia. » *Gazz. med. di Torino,* 1892, N. 11 e 12).

457. WERTH (Kiel). 19. I. 1891. 32 anni, IIIpara. Nel secondo parto (6. VII. 1888), sectio caesarea. (Caso 160.° della mia statistica in *Ann. di Ostetr.,* 1889). Bacino piatto generalmente ristretto. C. v. 8,5. Indicazione relativa del taglio cesareo. Vivo desiderio della paziente di essere sottratta alla possibilità di un novello concepimento. Feto vivo, morto il giorno appresso. Guarigione. (SCHULTZ, loco cit.).

458. PICCININI (Roma). 22. V. 1891. 35 anni, Ipara. Bacino rachitico. C. d. 9,0 cent. Considerevole stenosi dello stretto inferiore. Sulla parte sinistra della vagina si notò un seno fistoloso, da cui con la pressione usciva pus sanioso. Fu aperto il seno fistoloso e cauterizzato il cavo ascessuale. Non potendosi fare assegnamento su di un canale vaginale asettico, si preferì l'operazione Porro alla conservatrice. Feto vivo. Costrizione elastica del moncone. Sutura del peritoneo parietale col viscerale. Ago di trasfissione di Tait. Madre guarita. (*Annali d'Ost.,* 1891, p. 843).

459. LAUWERS (Courtrai). 24. V. 1891. 27 anni. Bacino rachitico. C. v. 7,0 ctm. A termine di gravidanza, in soprapparto da 24 ore. Tratt. extrap. Madre salva. Feto vivo. (Loco cit., e com. epist. cit.).

460. BRIGGS (Liverpool). 4. VI. 1891. 30 anni. Bacino rachitico. C. v. 2 3[8 pollici. Feto vivo. Trattamento extraper. Madre salva. (*Liverpool med. chirurg. Journ.,* 1892, January, p. 240).

461. FRITSCH (Breslau). 31. VII. 1891. 37 anni, Ipara. Bacino angusto. C. d. 9,0 cent. Feto vivo. Trattamento extraper. Decorso post-operativo affatto apiretico.

462. Operatore? (Clinica ginecologica di Dresden). 23. IX. 1891. 26 anni, Ipara. Bacino normale a giudicare dall'apparenza. Non fu dato misurare la C. v. a causa dell'edema di altissimo grado della vulva, delle cosce e delle pareti addominali. 5 ascessi di eclampsia, 7[10 di albumina nell' orina. Pulmonite. Orificio uterino della forma di una fovea. Operazione Porro. Gemelli entrambi morti. La paziente moriva dopo 28 ore di esaurimento. (CÖRNER, loco citato, p. 297).

463. FRITSCH (Breslau). 23. XII. 1891. 41 anni, Ipara. Bacino cifo-scoliotico. Feto vivo. Trattamento extraper. La paziente soffriva di bronchite ed era molto debole; del resto il decorso post-operativo fu afebbrile.

464. FRITSCH (Breslau). 23. XII. 1891. 36 anni, IIpara. Bacino ristretto. C. d. 10,5 cent. e cicatrici fitte nella volta vaginale a sinistra, causate da parametrite dopo il primo parto. A causa delle dette cicatrici non era possibile la liberazione dalla via della vagina. Feto vivo. Trattam. extraper. A sinistra, a causa di emorragia, molte legature in massa nel parametrio. La paziente fece una convalescenza senza disturbi. Levatasi tre settimane dopo l'operazione, si manifestò ileus, cui, malgrado nuova laparotomia, soccombè. Aderenza dell' intestino tenue col peduncolo a sinistra. (Loco citato, p. 186).

465. J. PRICE (Philadelphia). 30. XII. 1891. 22 anni, Ipara. Bacino angusto, 22 ore di travaglio. Feto vivo. Tratt. extraper. Guarigione. (*Am. gynec. Journ.,* Toledo, Ohio, 1891, June, p. 341).

466. PETROW (St. Petersburg). 1891. 20 anni, Ipara. L' inferma andò incontro ad una caduta dall'alto all' età di 4 anni, in seguito alla quale non potè camminare convenientemente che a 7 anni. Lo spazio fra le due cosce vicino ai genitali è di 5,5 ctm.; quello fra i ginocchi è di 2,5 — C. d. 10 ctm.; diametro bis-ischiatico 6 ctm. Feto vivo. Tratt. extraper. Guarigione. (*Wratsch,* 2, 1892).

467. FRITSCH (Breslau). 23. I. 1892. 27 anni, IIIpara. Stenosi cicatriziale della vagina. Si poteva penetrare nella vagina soltanto per la lunghezza di 5 ctm. Feto vivo. Guarigione. (Loco cit., p. 187-88).

In questa categoria vanno messi anche i casi di tumori del bacino, così ripartiti: 2 di osteosarcoma, 1 di sarcoma plessiforme, 1 di encon-

---

468. T. Morse (Norwich, Inghilterra). 14. III. 1892. 33 anni, VIIpara. Ostruzione pelvica da cisti dermoide avente un diametro di 3 poll. posta dietro del collo. Tetano uterino. Metrorragia. Feto premorto. Tratt. extraper. Serranodi Köberle ed aste di trasfissione. Si estirpa contemporaneamente la cisti. Shock, anuria nelle prime 60 ore. Guarigione. (*Brit. med. Journ.*, 1893, February 11, p. 284-85).

469. Kaltenbach (Halle). 18. III. 1892. 32 anni, Ipara. Ostruzione pelvica da fibromioma della cervice. Operazione a termine di gravidanza, 7 1|2 ore dopo la rottura prematura delle membrane, avanti lo insorgere delle contrazioni. Rimozione contemporanea del mioma cervicale. Tratt. extraper. Due ore dopo l'operazione notevole emorragia *per vaginam*, la quale cedè allo zaffo. Guarigione. (Th. Voigt. « Verlegung der Beckenhöhle durch ein grosses Cervikalmyom. Porro. » *Münch. med. Woch.*, 1893, N. 22).

470. Everke (Bochum). 2.° caso. 25. VI. 1892. 36 anni, Xpara. Bacino osteomalacico. *Febris sub partu*. Feto vivo. Trattam. extraper. Morte in sesta giornata. Ferita addominale guarita, imbuto soprastante al peduncolo in via di guarigione avanzata. Non peritonite. Nel sacco pleurico destro essudato. (Comunic. epist. al prof. Sänger. *Frommel's Jahresbericht für das Jahr.*, 1892, p. 372).

471. Martinetti (Firenze). 2.° caso. 30. VI. 1892. 32 anni, Ipara. Bacino rachitico. C. v. 3,6-3,8 ctm. Ad 8 1|2 mesi insorgono i dolori di parto. Trattam. intraper. col processo di Olshausen. La madre guarisce e non ha alcun disturbo in seguito. Il feto muore dopo 9 ore. (Comunic. epist. dell'Oper. in data del 18. XII. 1893).

472. v. Kézmarszky (Budapest). 1. VII. 1892. 34 anni, Vpara. Bacino osteomalacico. Operazione avanti lo inizio del travaglio. Feto vivo. Allacciatura del peduncolo in varie porzioni, e fissazione nell'angolo inferiore della ferita. Guarigione. (Comunic. epistol. del dott. Doktor, assistente del prof. v. Kézmárszky in data del 15. IX. 1893).

473. Zweifel (Leipzig). 3.° caso. 6. VII. 1892. Carcinoma diffuso del retto. Indicazione assoluta. Affond. del peduncolo col processo dell' Oper. Madre morta breve tempo dopo l' operazione. Feto morto dopo l'operazione. (*Frommel's Jahresbericht, etc.*, 1892, p. 372, e comunic. epist. dell'Op.).

474. J. Price (Philadelphia). 9. VII. 1892. 42 anni, Ipara. Ostruzione pelvica da fibromi uterini. Parto prematuro. Tratt. extraper. Feto vivo, morto dopo alcune ore. Guarigione. (Caso inedito. Comunic. del dott. R. Harris in data del IX. 1893).

475. Mary Almira Smith (Boston). 7. VIII. 1892. 20 anni, Ipara. Bacino rachitico. Carie vertebrale. C. v. 5,3 ctm. circa. 24 ore di travaglio. Esaurimento. Feto vivo. Tratt. extraper. Guarigione. (*Amer. Journ. of. Obst.*, 1893).

476. Boryssowicz (Warsavia). 2. X. 1892. 31 anni, IIpara. Cisti dermoide dell'ovario della grandezza di una testa di feto. Durata antec. del soprapparto 12 ore circa. Tentativi di riposizione del tumore. Puntura della cisti attraverso la volta vaginale posteriore. La cisti si ruppe nei tentativi di riposizione, così che il contenuto si versò nel cavo addominale. Feto vivo. Resezione di una parte del processo vermicolare, convertito in cisti con contenuto muco-purulento a causa di obliterazione del suo lume. Asportazione dell'altro ovaio, trasformato del pari in cisti dermoide del volume di un uovo di pollo. Trattam. extraper. Guarigione. (Caso inedito. Comunic. epistol. dell'Oper. in data del 24. IX. 1893).

477. Seeligmann (Hamburg). 4. X. 1892. 37 anni, XIIIgravida. Bacino osteomalacico. C. v. 5,5-6 ctm. La cedevolezza delle ossa sperimentata nella narcosi non è considerevole. Feto vivo. Costrizione elastica del moncone. Tratt. extraper. Essendo le ossa ancora cedevoli, si assoggettò l'inferma ad un apparecchio ad estensione (2 slitte di Volkmann alle due estremità inferiori ed un apparecchio controestensore sotto le braccia), allo scopo di « uguagliare l'incurvatura della coscia destra, della colonna vertebrale e delle costole per quanto più fosse possibile, e secondariamente di agire anche possibilmente sulle alterate condizioni statiche del bacino, onde rendere più stabile il centro di gravità del corpo per l'avvenire. » Dopo 8 settimane (14. XII. 1892), tolto l' apparecchio e fatta levare la paziente, si trovò il corpo di lei 18 ctm. più lungo, l'arto inferiore destro quasi tanto lungo quanto il sinistro, il distretto superiore ed inferiore del bacino divenuti più ampii. (C. d. invece di 8 ctm. 9); la cifo-scoliosi quasi

droma, 1 di fibrosarcoma, 2 di fibroma, 2 di tumore non ben definito, in tutto 9 casi con 4 morti = mortalità del 44.4 0[0.

---

completamente uguagliata; i dolori nelle ossa e nelle articolazioni erano completamente scomparsi, come anche i gonfiori delle articolazioni delle estremltà superiori ed inferiori. Guarigione. (Comunic. dell'Op. alla Soc. Ost. di Amburgo nella tornata degli 11. X. 1892. *Centralbl. für Gynäk.*, 1892, Nr. 16; e: «Ueber eine Porrooperation bei einem Falle hochgradiger Osteomalakie mit einer neunen Nachbehandlung.» Ibid., 1893, Nr. 28).

478. Rossa (Graz). 4. X. 1892. 26 anni, IIIpara. Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta. Stato della donna avanti l'operazione discreto. Operazione in principio del soprapparto. Tratt. intraparietale del peduncolo. Feto vivo. Morte della madre in 15.ª giornata per occlusione intestinale in seguito di aderenza di un ansa dell'ileo al moncone. Non sepsis. (*Wien. klin. Woch.*, 1893. Nr. 16, p. 291-93).

479. v. Kézmarszky (Budapest). 6. X. 1892. 35 anni, IXgravida. Carcinoma portionis vaginalis et canalis cervicis inoperabile. Gravidanza in 8.° mese. Morfinismo. Operazione come nel caso precedente dell'Oper. Al 2.° giorno emorragia discreta dal peduncolo (le legature probabilmente avevano resecato il tessuto flaccido), stagnata mercè l'applicazione di un nuovo laccio elastico. Temp. fino a 39.8 C. Morte il 27. X. Alla sezione: pneumonia fibrinosa del lobo infer. del pulm. sinistro. Pleurite fibrinosa acuta. Bronchite purulenta. Endocardite difterica della valvola bicuspide. Degener. adip. del cuore. Carcinoma midollare della cervice uterina con diffusione al cellulare pelvico. Il feto, nato vivo, moriva in 4.ª giornata in seguito a catarro gastro-intestinale acuto. (Comunic. cit. del dott. Doktor).

480. M. Scibelli (Napoli). 3.0 caso. 3. XI. 1892. 33 anni, multipara. Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta. Stato della donna sfavorevole. Operazione all'inizio del travaglio, a termine. Feto vivo. Tratt. extraper. Guarigione. (Caso inedito. Comunic. orale dell'Oper.).

481. Novi (Napoli). 5.0 caso. 18. XI. 1892. 16 anni, Ipara. Bacino rachitico. Indicazione assoluta. Stato della donna nel momento dell'operazione favorevole. In soprapparto al primo periodo. Feto vivo. Tratt. extraper. Guarigione. (Caso inedito. Comunic. orale dell'Oper.).

482. Frank (Köln). 22. XI. 1892. IVpara. Bacino osteomalacico. C. v. 5,5 ctm. Grande prostrazione delle forze. Assenza di contrazioni. Taglio trasversale delle pareti addominali al di sopra della sinfisi. Costrizione elastica del moncone ed affondamento. Si cercò di ottenere l'isolamento della cavità peritoneale suturando le appendici epiploiche del retto e del colon al peritoneo del margine superiore della ferita ventrale; indi si rimpinzò il cavo addominale con garza sterile, e si cucì la ferita addominale lasciandola aperta nel mezzo. Decorso post-operativo apiretico fino al 1. XII. 1892, epoca in cui il caso fu comunicato da Esser alla Soc. Ost. e Gin. di Colonia. (*Centralbl. für Gynäk.*, 1893, N. 3, p. 50-52).

483. Lubach (Millau). XI. 1892. 21 anni, Ipara. Bacino rachitico, obliquo ovalare. C. v. 4 ctm. Stato della donna avanti l'operazione favorevole. Tratt. extraper. Costrizione elastica ed asta di trasfissione. Sutura del peritoneo parietale col viscerale. Feto vivo, morto dopo mezz'ora; presentava alla parte laterale sinistra del collo un grosso tumore (aerocele). Guarigione. (*Gazette des Hôpiteaux*, 22 juin 1893; e *Arch. de Toc.*, Août 1893, p. 600-3).

484. Lawson. 1892. Bacino angusto. C. v. 4 ctm. Tentativi infruttuosi di liberazione col forcipe. Dopo lo sprigionamento del feto vivo, si ebbe un'emorragia *ex atonia uteri*, la quale non potè essere stagnata, epperò amputazione dell'utero, previa costrizione metallica. Nell'osservare il Douglas si trovò una grossa lacerazione trasversale nella parte superiore della volta vaginale posteriore, attraverso la quale si poteva passare una mano. Nel tentativo di portare i margini di questa lacerazione a livello della ferita ventrale scivolò il laccio costrittore, senza però che ne seguisse emorragia, evidentemente in seguito alla protratta compressione delle arterie. Indi riescì anche di fissare i margini di detta lacerazione alla ferita addominale, come anche quelli di un'altra lacerazione nella cervice. A malgrado del cattivo stato, l'operata a poco a poco si riebbe e finì per guarire. (*Med. chronicle*, 1892, fasc. di dicembre, p. 172). — Ho compreso questo caso nella casuistica, ad onta che in esso venne constatata una rottura completa dell'utero, perchè si trattò di un vero taglio cesareo (angustia pelvica assoluta, feto contenuto tutto nell'utero, e perchè l'amputazione utero-ovarica fu praticata, a quanto pare, allo scopo di trionfare dell'emorragia *ex atonia uteri*.

b) Fibromi uterini. — 36 casi con 16 morti = mortalità lorda del 44.4 0[0. Sänger aveva trovato pei casi del genere fino al 1881, compreso quello di Storer, una mortalità del 100 0[0 (1); Mangiagalli, completando la statistica Sänger, registrava invece una mortalità del 71.42 0[0 (2); Pestalozza del 52.32 0[0 fino al 1889, non computando il caso di Storer (3), come ho fatto anch' io. Come si vede, la mortalità è andata sempre scemando. Se poi si tien conto soltanto dei casi occorsi negli ultimi anni, il percento di mortalità è sensibilmente più basso. E a notarsi però che la mortalità relativa all' amputazione utero-ovarica cesarea per miomi rimane sempre un poco superiore a quella della miomectomia in graviditate (26 0[0) (4). Nei casi di Tarnier (27.°),

---

485. STIRLING (Perth). 1892. Soggetto nano. Bacino rachitico. Risultato favorevole per la madre e pel feto. (Comunic. di Haultain alla Soc. Ost. Ginec. di Edinburgo. *Edinb. med. Journ.*, vol. 38, 1892, August, p. 176).

486. H. SPENCER. 1892. Fibromi uterini. Feto vivo. Madre salva. (Comunic. dell'Op. all'Ass. med. britt., Nottingham. 1893, nella discussione fattasi intorno al lavoro di Cameron. Loco cit.).

487. G. R. FERNANDEZ (Lisbona). 1892. 35 anni, IIpara. Miomi uterini multipli, tre sottosierosi nell' addome ed un quarto cervicale. Procidentia funiculi. Feto premorto. Tratt. intrap. Guarigione. (Conférence faite à la Soc. de sc. méd. de Lisbonne, Séance du 13 Fevr. 1892).

488. PESTALOZZA (Genova). 1892. Emorragia *ex atonia uteri* in seguito di taglio cesareo conservatore fatto a causa di bacino piatto-rachitico. C. v. 6 ctm. L' inerzia fu causata dall'atrofia muscolare progressiva da cui la paziente era affetta. Feto vivo. Affondamento del peduncolo. Madre salva. (Di alcune rare complicazioni nervose della gravidanza. *Gazzetta degli Ospit.*, Milano, 1893, N. 3).

489. CUCCA (Napoli). 1892. 33 anni, Ipara. Bacino rachitico. C. v. 5,5 ctm. Insufficenza mitralica, conseguenza del reumatismo articolare sofferto. Feto vivo. Tratt. extraper. Morta in 17.ª giornata, causata, a quanto pare, dal morbo cardiaco. *(Rass. di Ost. e Ginec.*, gennaio 1893).

Questa raccolta di casi arriva fino alla fine del 1892. Non ho creduto opportuno riportare anche i casi appartenenti al 1893, perchè la lista ne è ancora abbastanza incompleta. La mortalità materna che grava sulla totalità dei 489 casi, senza calcolare quelli operati in *extremis*, è del 36,8 0[0 che è quasi la stessa di quella di sopra assegnata pei 445 casi. Se però si tien conto solamente dei casi operati nell'ultimo sessennio (1887-92), in cui il tecnicismo dell'operazione Porro ha toccato per così dire la perfezione, la mortalità lorda complessiva discende al **23 0[0** (casi 212, morti 50).

(1) « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen, etc. » p. 22-3.

(2) Loco cit., 1884, p. 170.

(3) Loco cit., p. 127.

(4) La mortalità da me già assegnata per i casi del genere era del 33.33 0[0. Ma in prosieguo, essendosi aggiunti altri 13 casi ai 33 già registrati, la percentuale della mortalità è discesa al 26 0[0.

Questi 13 casi sono i seguenti:

34. LAUWERS (Courtrai). 13. XI. 1888. 30 anni, IVgravida. Mioma sviluppato nella parete anteriore del collo e del corpo. Gravidanza al terzo mese. Enucleazione del tumore. Tratt. extraper. Guarigione. (Loco cit., e « Contribution à l'étude du traitement opératoire des myomes intra-ligamentaires de l'utérus. » *Bull. de l'Ac. roy. de méd. de Belgique*, 1893).

Fochier (110.°), Simpson (143.°), Sänger (147.°), Pryor (320.°), Morisani (37.°), Agnew (446.°) esisteva decomposizione del contenuto uterino e setticemia più o meno avanzata. Nel caso di Ullmann (327.°) ai fibromi multipli era associata un cistoma intraligamentoso dell'ovario, che venne anche estirpato. Nei casi di Fochier (110.°), v. Ott (270.°) e Pryor (320.°)

---

35. LAUWERS (Courtrai). 19. XI. 1890. 45 anni, Igravida. Mioma voluminoso multinodulato a sviluppo rapido. Gravidanza al terzo mese. Tratt. extraper. Guarigione. (Ibid.).

36. G. M. TUTTLE (New-York). IV. 1891. 25 anni, Igravida. Fibromi multipli. Gravidanza in terzo mese, non diagnosticata. Tratt. extraper. Guarigione. (Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. di New-York nella tornata del 5. V. 1891. *Am. Journ. of. Obst.*, July 1891, p. 851-52).

37. J. F. W. ROSS (Toronto). VI. 1891. 39 anni, IVgravida. Voluminoso fibroma peduncolato avente origine dalla superficie posteriore del legamento largo sinistro. Gravidanza fra il quarto ed il quinto mese. Feto macerato. Tratt. extraper. Guarigione. (« Four cases of removal of myomata by abdominal section. » *Am. Journ. of Obst.*, Sept., 1891, p. 1085-88).

38. PICCININI (Roma). VI. 1891. 34 anni, Igravida. Mioma uterino con torsione del peduncolo. Gravidanza in quarto mese. Tratt. extraper. alla Hegar. Nei primi 4 giorni notevole meteorismo. Guarigione. (« Contributo allo studio della rotazione assile dei tumori addominali. » *Ann. di Ostetr.*, 1892, p. 132).

39. J. PRICE (Philadelphia). 5. IX. 1891. 40 anni, Igravida. Fibromi ostruenti la pelvi. Gravidanza al sesto mese. Tratt. extraper. Guarigione. (*Am. gynec. Journ.*, 1891, June, p. 340).

40. FRISTCH (Breslau). 17. XII. 1891. 27 anni. Miomi multipli a rapido sviluppo, uno dei quali, avente sede nel fondo, comprimeva lo stomaco. Gravidanza in quarto mese, diagnosticata. Affondamento del peduncolo. Guarigione. (« Bericht über die gynäk. Oper., etc., » p. 80 e 83).

41. EHRENDORFER (Innsbruck). 39 anni, Igravida. Fibroma avente punto di partenza dalla parete posteriore dell'utero. Gravidanza al secondo mese. Sintomi d'incarceramento. Tratt. extraper. Morte 24 ore dopo l'operazione, probabilmente per una peritonite decorrente cronicamente. La sezione non fu permessa. (HALTER, « Bericht über 25 Laparotomien. » *Wien. klin. Woch.*, 1891, N. 37-38).

42. EHRENDORFER (Innsbruck). 41 anni, IIgravida. Fibroma avente punto di partenza della parete anteriore ed in parte dal fondo. Gravidanza al quarto mese. Decorso post-operativo disturbato da una leggiera flebite della coscia sinistra. Guarigione. (« Zur supravaginalen Amputation des Uterus wegen Fibromyomen und gleichzeitiger Schwangerschaft bei noch nicht lebensfähiger Frucht. » *Intern. klin. Rundschau*, 1892, Hft. 29 u. 30).

43. FRITSCH (Breslau). 16. I. 1892. 35 anni. Numerosissimi miomi. Gravidanza in quarto mese. Affondamento del moncone. Guarigione. (Ibid.).

44. ROSTHORN (Prag). 5. II. 1892. 38 anni, Igravida. Miomi multipli sottosierosi ed un mioma intramurale. Gravidanza al principio del terzo mese, non diagnosticata, ad onta di essersi sondato l'utero. Tratt. retroper. alla Chrobak. Guarigione. (*Prag. med. Woch.*, 1892, N. 9).

45. ROSTHORN (Prag). 20. VII. 1892. 39 anni, Igravida. Miomi multipli intramurali ed un mioma della parete posteriore del collo della grandezza di una testa di feto. Gravidanza in terzo mese. Tratt. retroper. alla Chrobak. Guarigione. (« Zur retroper. Stielversorgung bei Myomotomie nach Chrobak. » *Wien. klin. Woch.*, 1893, N. 41).

46. KLOTZ (Dresden). 1892. 37 anni, IIIgravida. 2 miomi cervicali della grandezza di una testa di feto. Gravidanza nella 23.a settimana. Tratt. retroper. Guarigione. (Comunic. dell' Op. alla Soc. Ginec. di Dresda, seduta del 10. XI. 1892. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1893, N. 4).

Non ho creduto raccogliere i casi congeneri appartenenti al 1893, perchè non avrei potuto darne una lista sufficientemente completa.

si lasciò in sito il tumore cervicale, il quale nei primi due casi fu notato in prosieguo grandemente impicciolito. La causa della morte in 9 casi fu dovuta a sepsi, in 3 ad emorragia, in 1 a collasso, in 1 alla debolezza cardiaca e forse alla setticemia, in 1 ad ileus in 63.ª giornata, infine in 1 (Klotz) a suicidio. L'inferma si tolse la vita per paura di una terza operazione, essendo stata già rioperata di gastrotomia in quarta giornata per sintomi di strozzamento intestinale.

c) Stenosi od atresia del canale vaginale o cervico-vaginale. — 18 casi con 6 morti = mortalità del 33. 3 0[0. Nei casi di Michelini (233.°) e di Fritsch (464.°) la rigidità cicatriziale dell'orifizio era associata a leggiero vizio pelvico, nel caso di Solowieff (273.°) a fistola vescico-vaginale e a vizio pelvico; in quello di Mangiagalli (302.°) la stenosi di altissimo grado aveva tenuto dietro ad un'operazione praticata con l'intento di asportare il cancro della cervice; nei casi di Martinetti (322.°) e di Ashton (361.°) la stenosi vaginale era congenita.

d) Carcinoma della cervice o della vagina. — 18 casi con 9 morti = mortalità del 50 0[0. In tutti i casi il carcinoma era più o meno diffuso ai parametrii e ai fornici vaginali, ed in tutti i casi la cagione della morte fu l'infezione settica. Nel caso di Leopold (202.°) si ebbe a fare con un cancro primario della vagina.

e) Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore. — 14 casi con 3 morti = mortalità del 25 0[0. Nel caso di Riedinger l'indicazione, oltre che dall'emorragia, fu data dalle alterazioni della decidua nel segmento inferiore.

f) Infezione (decomposizione del contenuto uterino; alterazione della trama dell'utero). — 14 casi con 7 morti = mortalità del 50 0[0. Nel caso di Piccinini (458.°) esisteva infezione della vagina a causa di un seno fistoloso.

g) Minaccia di morte imminente. — 7 casi con 5 morti = mortalità del 71. 4 0[0.

h) Cisti dermoide dell'ovaio. — 5 casi con 2 morti.

i) Rottura incompleta dell'utero e presentazione di spalla. — casi 3. Halbertsma (54.°), Boni (134.°) (?), G. Braun (324.°). *Rottura incompleta dell'utero ed alterazione della trama uterina.* Sänger (406.°).

j) Eclampsia. — 2 casi, uno appartenente a Chrobak, e l'altro operato nella Clinica di Dresda, entrambi seguiti da morte della paziente.

k) Stato ernioso della cicatrice di pregressa operazione cesarea con minaccia di rottura. — Caso di Kufferath (269.°). Guarigione.

l) Impossibilità di estrarre la testa dopo la decapitazione. — Caso di Lesi (364.°). Guarigione.

m) Distacco prematuro della placenta in ottavo mese, seguito da grave emorragia e collasso. — Caso di Bagot (414.°). Guarigione.

n) Carcinoma diffuso del retto. — Caso di Zweifel (472.°). Morte.

o) Emorragia considerevole dalla superficie anteriore dell'utero già cesarizzato, dalla quale erano state scollate delle anse intestinali aderenti. — Caso di Fritsch (444.°). Guarigione.

In ultimo aggiungerò: *gravidanza in utero abnorme.* — Casi 16 (1), con 1 morte = mortalità del 6. 2 0[0.

a) Poscia che l'operazione del Porro ebbe dimostrato di attenuare di molto i pericoli del vecchio taglio cesareo, fu tale il fanatismo che essa suscitò, che alcuni suoi fautori si spinsero a proclamarla come l'atto operativo di norma in ogni caso di parto cesareo. Da costoro si credè di ravvisare nell'operazione Porro un mezzo che, oltre ad esser capace di scemare grandemente i pericoli della sepsi e dell'emorragia, presenta l'altro capitale vantaggio di rendere la donna sterile per sempre. Il più assolutista fra i propugnatori di questo modo di vedere fu Guillermet, che ebbe a scrivere al riguardo: « je crois que toute ouverture de la matrice doit être suivie de l'ablation des organes génitaux internes, car tout en admettant que les progrès de la chirurgie antiseptique se feront sentir aussi sur l'opérations césarienne, et qu'avec des précautions, une bonne suture utérine, un drainage intelligemment établi, on modifierait sensiblement les sévères statistiques de l'autrefois, je ne ne crois pas qu'elle puisse revaliser avec l'opération

---

(1) Nella tabella sono registrati 15 casi. Ad essi ne va aggiunto un 16.° venuto più tardi a mia conoscenza, che è il caso di Treub (Leiden). Operaz. 16. III. 1891. 30 anni circa, IVpara. Benchè l'anamnesi accennasse a gravidanza, si ammise un tumore ovarico solido del lato sinistro, probabilmente un sarcoma, non potendosi palpare l'ovaio sinistro, ed essendo il tumore mercè un sottile peduncolo in connessione con la parete sinistra dell'utero. L'asportazione del tumore mostrò trattarsi invece di gravidanza nel corno sinistro atresico di utero bicorne. Il feto, maturo, era stato ritenuto per tre mesi oltre il termine della gestazione. Affondamento del peduncolo segmentato in tre porzioni con cordoncino di seta. Guarigione. (J. W. C. Kolff. « Bijhoornzwangerschap. » Diss. inaug. Leiden, 1892).

de Porro, indépendamment de l'*immense avantage* che procure cette dernière: un enfant presque toujours vivant, une nouvelle grossesse impossible » (1). Conseguenza di queste teoriche fu che, non facendosi calcolo dell'operazione conservatrice, il metodo Porro fu quasi generalmente tentato in ogni caso di taglio cesareo. Però giustizia vuole che io faccia notare come neppure il Porro, autore del nuovo metodo, era andato tanto oltre nello stabilirne le indicazioni; ed in vero al Congresso di Genova nel 1878, dando prova di grande moderazione, fu di avviso doversi tener presente il caso di Belluzzi (2), e potersi in alcuni rincontri, dato il pronto intervento e la facile emostasi, risparmiare l'utero alla donna (3). — Contro le idee professate da Guillermet e compagni sorse subito a protestare lo Schröder, il quale, dopo aver qualificato il procedimento del Porro come un'operazione di transizione fra il vecchio taglio cesareo ed un altro futuro e più fortunato, aggiungeva: « Il male del metodo Porro — molti gliene fanno invece un merito — è di portar seco la castrazione, la quale non è giustificata da alcuna indicazione del taglio cesareo. A me pare che quel portar via per intiero gli organi genitali ad una donna che può concepire, ma non partorire per *vias naturales*, non sia il colmo di ciò a cui può giungere la medicina operativa, e che il pronostico dell'operazione cesarea sia reso davvero migliore quando sottomesse le donne ripetutamente all'operazione si potranno ripetutamente salvare » (4).

Schlemmer, in occasione della riunione dei medici in Aachen e nel suo scritto-polemica intorno all'operazione Porro (5) levò alta la voce per restringere le indicazioni dell'operazione Porro a due sole: 1.° alla degenerazione delle parti molli (utero), il cui abbandono nel ventre mena a morte certa, secondo le odierne vedute; e 2.° alla completa atresia della vagina od occlusione della stessa per tumori dello scavo,

---

(1) « L'opération de Porro. » *Revue médic. de la Suisse romande,* 1881, N. 4 e 5.

(2) Memorie dell'Acc. delle Sc. di Bologna, Tom. X, 1879. Operazione senza antisepsi, 3 punti di sutura con refe. Guarigione.

(3) Vedi MANGIAGALLI. « Le più recenti modificaz. del taglio cesareo. » Loco cit., 1884, p. 164-165.

(4) « Lehrbuch der Geburtshülfe. » VI Auflage 1880, p. 359 e VII Auflage, 1881, p. 360. — Trad. ital. del dott. Rocca con note del prof. Tibone, 1883, p. 359.

(5) Loco citato.

rendente impossibile lo scolo dei lochii, dichiarando illegittima ed immorale l'operazione Porro fatta in casi di parti molli sane, esclusivamente per un vizio pelvico, come mezzo preventivo di una novella gravidanza.

Halbertsma fu d'avviso non potersi ritenere per indifferente, specie con un aumento delle indicazioni del taglio cesareo, il dovere in ogni caso rimuovere l'utero e le ovaie (1).

v. Hecker scriveva: « l'operazione Porro induce in tutti i casi una mutilazione, la quale allora solamente può trovare la sua indicazione quando niun altro mezzo risponde allo scopo. E noi possediamo ancora altri mezzi » (2).

Frank opinò che il fatto della sterilità consecutiva all'operazione Porro costituisce il punto più oscuro della stessa (3).

Ma quegli che addirittura bandì una crociata contro la generalizzazione del metodo Porro fu il Sänger con la pubblicazione della sua classica monografia (4), in cui, stigmatizzando l'assolutismo del Guillermet e di altri professanti le stesse teoriche, dimostrò con prove irrefragabili la superiorità del taglio cesareo conservatore rinnovato sul demolitore, e venne alla conclusione che l'uso dell'operazione Porro doveva essere soppresso nelle stenosi pelviche di qualunque grado e limitato a pochi casi speciali, laddove il taglio cesareo conservatore doveva essere indi innanzi l'atto operativo di norma in ogni caso di parto cesareo.

Anche il Kehrer cercò di combattere ad oltranza l'uso del metodo Porro nelle stenosi pelviche, come quello che raggiunge lo scopo, il parto, a patto della perdita di tutti gli organi interni della generazione, e concludeva dover essere principio supremo dei chirurghi, come degli ostetrici « il maggior possibile perfezionamento delle operazioni conservatrici e la restrizione delle demolitrici » (5).

---

(1) *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, N. 5.

(2) « Ueber einen Fall von spontaner completer Uterus-ruptur mit Ausgang in Genesung durch Drainage. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, N. 10.

(3) « Beitrag zur Lehre von Sectio caesarea. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, N. 25.

(4) « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen etc. »

(5) « Ueber ein modificirtes Verfahren beim Kaiserschnitte. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIX, Hft. 2.

Eustache di Lilla al Congresso internazionale di Copenhagen (1884) affermava che l'operazione Porro è una vera mutilazione alla quale conseguentemente non si deve ricorrere che quando non si può fare altrimenti, e non esitava a sottomettere all'approvazione della sezione ostetrico-ginecologica del Congresso le seguenti conclusioni: ogni qualvolta havvi la indicazione ad estrarre il feto per vie artificiali, fa mestieri ricorrere a preferenza all'operazione cesarea conservatrice; l'operazione Porro non doversi praticare che a titolo di eccezione, e dopo che quella conservatrice sia stata riconosciuta troppo pericolosa (1).

Ed infine il nostro Mangiagalli, avvegnachè connazionale del Porro ed esecutore di amputazioni utero-ovariche seguite da successo, facendosi guidare ne' suoi giudizii da critica profonda per quanto spassionata, si espresse così: « Il taglio cesareo non può e non deve essere un campo chiuso ad ogni altro metodo operatorio che non sia quello del Porro. Ogni feticismo è contrario al progresso scentifico, ecc. » (2).

Frattanto, malgrado gli argomenti addotti dagli autori citati, specie dal Sänger e dal Kehrer, contro l'abuso dell'operazione Porro, la maggioranza degli autori continuò ancora a far ricorso alla medesima come metodo generale in ogni caso di sezione cesarea, appoggiandosi ai risultati statistici più favorevoli dell' amputazione utero-ovarica in confronto di quelli dell'operazione conservatrice. Ma avvenuta nel frattempo la riabilitazione del vecchio taglio cesareo, in seguito all' uso di un'accurata sutura dell'utero e delle norme antisettiche, per opera specialmente del Sänger e del Kehrer, e divenuto il pronostico dell'operazione conservatrice con la sutura del viscere per lo meno egualmente favorevole, se non si vuol ritenere migliore, dell' operazione Porro, quella ha finito per essere considerata come l' atto operativo di norma in ogni caso di parto cesareo, mentre l'amputazione utero-ovarica cesarea è andata perdendo sempre più terreno fino a rimaner limitata a poche speciali indicazioni, e propriamente a quei soli casi in cui la conservazione della matrice includa un pericolo serio per la vita della donna.

Tra questi casi non sono da comprendersi i vizii della pelvi. Al mas-

---

(1) Ved. Resoc. del detto Congresso in: *Arch. de Tocol.*, Octob. 1884, p, 763-66.

(2) « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. » Loco cit., 1884, p. 162.

simo in tali rincontri si potrebbe far seguire al taglio cesareo conservatore la legatura degli ovidotti, ma questa neanche è indicata per le ragioni innanzi esposte. Alcune scuole (viennese, milanese, ecc...) e parecchi operatori sono rimasti ligi fino a questi ultimi tempi alla predetta indicazione. Difatti le tabelle del Godson e mie mostrano come l'operazione sia stata tentata in 348 casi, non compresi quelli di stenosi da osteomalacia, a partire dal primo del Porro, dei quali ben 87 casi sono posteriori al 1886, epoca a cui assegno l'avvenuta riabilitazione del taglio cesareo classico. Or tutti coloro che in siffatti casi ricorsero all' operazione Porro, è doloroso il dirlo, sconobbero senza volerlo o deliberatamente (1) gli immensi progressi fatti dal taglio cesareo conservatore. Neppure nei casi di osteomalacia l'operazione Porro a rigore è indicata, come ho dimostrato innanzi, tranne il caso eccezionale in cui si sia costretti ad operare alquanto lontani dal termine della gestazione, a causa dello stato miserrimo della paziente, onde porre un freno alle sue sofferenze e ai progressi del morbo, ed esista tutta la lunghezza del collo e questo non sia canalizzabile con appropriato drenaggio utero-vaginale. E qui aggiungo che se si arrivasse a provare che il morbo osteomalacico guarisce con un trattamento puramente medico, come per es.: fanno sperare gli studii del mio amico M. Petrone (2), e che, una volta curato, le gravidanze ulteriori non costituiscono una causa predisponente per la sua ricomparsa, in casi di osteomalacia neppure alla castrazione si

---

(1) Fra questi v'ha il Lawson Tait, il quale, come risulta da numerose sue note (*Bril. med Journ.*, 10 April 1886; Ibid., 27 November 1888; Ibid., 18 January 1890, etc.) non ha voluto affatto tener conto di quanto in quest'ultimo decennio si è fatto con eccellente risultato a riguardo del taglio cesareo conservatore, ed ha seguitato a praticare e consigliare esclusivamente l'operazione Porro. È questa un'ostinazione che non può essere affatto giustificata.

(2) « Il microrganismo della nitrificazione e l'osteomalacia. » Parte I, II e III, *Riforma medica*, 1892, aprile, maggio, luglio. — Ho detto fanno sperare e non dimostrano, perchè i risultati a mia conoscenza ottenuti finora dal trattamento col cloralio, secondo consiglia il Petrone, non sono concordi. So di un caso di osteomalacia puerperale in cui la cura col cloralio tentata dal prof. Tibone corrispose (comunic. epistol. al Petrone); io invece posso citare un caso della nostra clinica, nel quale il cloralio fu amministrato per un mese alla dose di 2 grammi per giorno, e lo stato della paziente non se ne avvantaggiò affatto; dopo il parto, che fu espletato col forcipe, praticata la castrazione (10. VIII. 1893) si è avuto un miglioramento piuttosto notevole del morbo osteomalacico. Inoltre il dott. Zuccaro (*Puglia medica*, 1893, fasc. 12.0) in un altro caso da lui curato neppure ha ottenuto alcun benefizio tanto dalla cloroformizzazione protratta per 3[4 d'ora, quanto dall'amministrazione del cloralio.

dovrebbe far ricorso, sibbene al taglio cesareo conservatore puro e semplice.

b) È oramai assodato che in casi di miomi uterini indicanti il taglio cesareo la condotta dell'operatore, dopo aver estratto il feto, debba variare a norma delle circostanze. Se non esistono le condizioni per mettere in atto una terapia conservatrice, consistente nello estirpare il fibroma e conservare l'utero — ciò che rappresenta l'ideale del trattamento in questi casi — bisognerà, una volta liberata la donna dal prodotto del concepimento, fare tutto il possibile per liberarla anche dalla malattia da cui è affetta, cioè dai fibromi, profittando della fatta gastrotomia. Imperocchè l'inferma potrebbe andar incontro in avvenire a gravi disturbi, e nel caso di nuova gravidanza a nuovi pericoli. È a notare che nelle contingenze che qui richieggono il taglio cesareo si tratta per lo più di fibromi così detti incuneati [eingekeilte di Spiegelberg (1)], e più particolarmente di fibromi cervicali, e nel maggior numero dei casi dei retrocervicali (gli antecervicali sono molto rari). La condotta finora tenuta in questi casi, ricorrendo all' operazione Porro o Storer che dir si voglia, fu varia: vi fu chi asportò il corpo uterino insieme al tumore, facendo peduncolo sul collo al di sotto di ogni massa neoplastica; vi fu chi fece l'amputazione sopra-vaginale, asportando solo in parte il tumore del collo; ed altri che, pur praticando l'amputazione sopra-vaginale del corpo dell'utero, lasciò in sito il tumore principale (Fochier, v. Ott, Pryor), giusta la proposta fatta a suo tempo dal Tarnier. A me pare che quest'ultimo modo di fare sia giustificato solamente nei casi nei quali, essendo impresa impossibile o estremamente disastrosa di asportare il mioma del collo, esistano contemporaneamente dei miomi interstiziali del corpo, ovvero l' utero sia infetto. Asportare solo in parte il tumore cervicale, servendosi di questo per fare il peduncolo, è un provvedimento pericoloso, per il disfacimento cui può andar incontro facilmente la porzione di tessuto legata, dato il suo enorme volume, l'eventuale degenerazione della trama del neoplasma, e, secondo il Sutugin (2), la sua po-

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. V, p. 110, e « Lehrbuch der Geburtshülfe, etc. » 1881.

(2) « Sulla quistione della terapia della gravidanza e del parto in caso di fibromiomi occupanti il piccolo bacino, ecc. » *Wratsch*, 1892, N. 1 e 2.

vertà in vasi. Quando il mioma abbia invasa la cervice, fa mestieri, potendo, praticare l' estirpazione di tutto il collo, che è quanto dire fare l'estirpazione totale dell' utero; ma di questa non è qui il luogo di occuparmi. Se poi l'ablazione del tumore fosse impossibile o grandemente pericolosa, si potrebbe, cucita la ferita cesarea, fare l' ovaro-salpingectomia bilaterale, per cercare di ottenere l' involuzione del neoplasma, come già ebbi a dire (Cap. III) (1).

(Continua).

---

(1) Agli 8 casi del genere da me innanzi registrati bisogna aggiungere questi altri due, venuti a mia conoscenza durante la pubblicazione del lavoro:

9. v. Ott (St. Petersburg). 6. III. 1890. 30 anni, Ipara. Tumore miomatoso (intraligamentoso) occupante il bacino, irreponibile. Tre giorni di durata di travaglio. Sutura uterina con punti profondi non comprendenti la decidua, e superficiali. Castrazione bilaterale, non potendosi asportare il tumore. Nei primi due giorni decorso afebbrile, poi per due settimane lieve febbre. 7 mesi dopo l'operazione, il tumore si mostrò appena un poco impicciolito. (*Wratsch,* 1891, p. 221; e *Annal. de Gynéc.,* 1892, Sept.).

10. Orlow. 28. III. 1892. 36 anni, Vpara. Fibromioma retro-cervicale. Puntura infruttuosa del tumore. Taglio cesareo e castrazione doppia. Feto vivo. Nel giorno della dimissione (39.°) il tumore si mostrò alquanto impicciolito. (*Wratsch,* 1892, p. 1281).

RASSEGNA

Dott. L. Landau (Berlino). — **La narcosi coll' etere.** — *Deutsche Med. Woch.*, 25 gennaio 1894.

In mezzo alle controversie ed ai dispareri risuscitati oggidì sulla questione della narcosi coll'etere e col cloroformio, può tornar utile sentire la voce di uno scienziato coscienzioso che fa pubblicare un lavoro particolareggiato sull'argomento.

Il Landau adopera da 3 anni la narcosi coll'etere e si serve della maschera di Wanscher, ed ha praticato più di 1200 narcosi coll'etere, nella sua clinica ginecologica, compresevi 250 narcosi per laparotomia.

Il Landau si dichiara contento della narcosi coll' etere. Egli pratica un'ora prima della narcosi, un' iniezione ipodermica di 1 cent. di morfina. La maschera adoperata è composta di una comune maschera di Esmarch che porta innastata al posto della reticella una vescica o un sacchetto di gomma sul fare di una comune borsa da ghiaccio. Questa maschera quindi non copre gli occhi come quella di Julliard, e lascia constatare il riflesso corneale.

Una narcosi di mezz' ora richiede da 50 a 100 grammi di etere.

Il Landau porta la sua attenzione durante la narcosi sulla respirazione, e sul tener sgombre le prime vie respiratorie dalla saliva e dal muco segregato dalla bocca e retrobocca, ed allora non si preoccupa se vede il sangue farsi scuro sul campo operatorio, il che invece coll' uso del cloroformio sarebbe grave pronostico di asfissia, perchè quivi il fatto riposa sopra disturbi dell'attività cardiaca.

Allo scopo di tener libera la respirazione volge sempre la testa dell'operanda di lato, poi solleva bene il mascellare inferiore. Il Landau dice che la frequenza dei maltrattamenti sulla lingua dell' operanda sta in ragione inversa dell' abilità di chi fa la narcosi.

Provò sperimentalmente che l'etere non spegne nè paralizza mai l'attività del centro cardiaco prima del centro respiratorio (come succede invece pel cloroformio), quindi l'osservazione del polso ha pieno valore.

Ha notato un grande vantaggio della narcosi eterea nelle persone molto anemiche e cita i casi di emorragia per rottura di sacchi di gravidanze tubariche, e casi di emorragie gravissime per carcinomi dove si praticò l'isterectomia.

Il Landau stigmatizza il metodo di dare l'etere in vapori concentrati, cioè col metodo rapidissimo ed *asfissiante;* egli adopera sempre il metodo di addormentare l'operanda versando l'etere *a goccie.* Egli consigliò di tenere la testa dell'operanda piuttosto bassa, oltre che inclinata di lato. Egli mette sull'avviso che vi sono tre momenti della narcosi eterea in cui si manifesta un acceleramento notevole affannoso della respirazione:

I. in principio della narcosi, se i vapori di etere sono troppo concentrati; e allora bisogna lasciar entrare dell'aria insieme ad essi;

II. quando scompare la conoscenza e compare lo stadio di eccitazione, ed allora bisogna crescere rapidamente la dose dell'etere scuotendo la maschera, per portare presto la paziente nello stato di narcosi perfetta;

III. succede anche nella narcosi profonda quando è scomparso il riflesso corneale ed è segno di asfissia, di difetto di aria, ed allora bisogna favorirne l'ingresso col metodo già accennato prima.

Il rene non risente nulla dalla narcosi coll'etere. Il pericolo di incendio è poco perchè i vapori d'etere più pesanti dell'aria cadono a terra. Il vomito post-narcotico è meno forte coll'etere che col cloroformio. I catarri bronchiali lievi non controindicano l'etere, mentre invece l'etere è controindicato nell'enfisema, nei versamenti estesi, nelle stenosi tracheali o laringee.

L'etere da impiegarsi deve essere etere solforico puro del peso di 0,725, 0,730.

Dott. Cioia.

Dott. C. Ferraresi. — **Intorno la dottrina del viziato atteggiamento del feto nell'utero, nella produzione degli incurvamenti congeniti.** — *Rassegna Medica di Bologna,* 1893.

L'A. descrive una importante anomalia degli arti addominali di un feto, di sesso femminile, nato a termine, la quale risulta in modo evidente, collocando il corpo supino sul piano del tavolo. Tale anomalia consiste nella deviazione dell'asse degli arti i quali vengono a formare tre curve diverse: una curva a concavità superiore, una curva ad angolo aperto sul piano laterale sinistro ed una terza curva unilaterale, nell'arto sinistro, in forma di torsione, quasi da rivolgere la superficie anteriore della gamba verso l'interno.

Dopo avere fatta una relazione necroscopica minuta, l'A. riassume gli esami anatomo-patologici fatti sul midollo spinale e sui muscoli e conclude di non avere trovato con lo studio microscopico la causa degli incurvamenti osservati. L'esame istologico esclude ogni ipotesi di alterazione degenerativa dei muscoli in rapporto con lesione dei centri nervosi.

L'A. passa quindi in rivista le diverse teorie che furono emesse fino ad ora in proposito e conclude:

« L'attraente ipotesi di Fischer, delle alterazioni nervose, così generalizzata, cade davanti a quella meccanica, già affermata da Ippocrate e tanto più semplice. »

M. Pazzi.

Prof. P. F. Novaro. — **Contributo alla cura dei fibromiomi uterini colla isterectomia totale per la via addominale.** — *Il Policlinico*, Roma, dicembre 1893.

L'A. riporta una statistica di 18 casi di isterectomia totale, per fibromiomi, dalla via addominale, con un sol caso di morte dovuta all' « imperdonabile svista di avere dimenticato nel caso peritoneale un battufolo di garza, » che cagionò la peritonite letale.

L'autore accenna a varie questioni che riguardano l'opportunità, il tempo utile e la scelta della operazione e partendo dalla supposizione che si debba ricorrere ad un atto operativo nella cura di uno o più fibromi uterini, ritiene: « .... che tranne pochi casi, in cui si può utilmente ricorrere alla semplice miomectomia, con conservazione dell'utero, sia dalla via della vagina, sia dalla via addominale, ed eccettuati altri pochi casi in cui per speciali condizioni si presenti facile l'isterectomia totale della via vaginale, nella grande maggioranza sia più conveniente ricorrere alla isterectomia totale dalla via addominale. » L'A. crede che il metodo Martin debba essere adottato come la regola in quei casi in cui è necessaria l'amputazione dell'utero.

M. Pazzi.

Dott. D. Giordano. — **Osservazioni di pratica ostetrica, e particolarmente sull'asepsi, nelle osservazioni ostetriche.** — *Riforma Medica*, Napoli, febbraio 1894.

L'A. attratto dalla attualità della questione ed appoggiandosi sopra una pratica personale di 105 casi di ostetricia, che reclamarono diversi atti operativi, si schiera dalla parte degli autori che incensano più l'*asepsi* della *antisepsi*. Deve infatti al metodo aseptico che ha ottenuto una media di mortalità inferiore all' 1 0[0. In 95 interventi (23 rivolgimenti, 62 applicazioni di forcipe, 7 estrazioni manuali della placenta, ecc.) ricorse unicamente « alla pulizia scrupolosa delle mani e dei genitali esterni con acqua e sapone. »

M. Pazzi.

XI Congresso Medico Internazionale

ROMA, 29 MARZO-5 APRILE 1894

Il lavoro preparatorio dell'XI Congresso Medico Internazionale già prorogato per diverse vicende, tende oramai sicuramente al termine aspettato; ed a noi giova concepire fondate speranze per il largo, efficace concorso che Colleghi d'ogni Nazione ci hanno prodigato con immutata costanza.

Le adesioni ricevute fino ad oggi e le numerose comunicazioni annunciate dai colleghi, tra cui brillano i nomi più celebrati fra i cultori delle scienze mediche, consentono che il Comitato attenda con lieto animo il prossimo avvenimento della riunione scentifica in Roma.

La fama della ospitalità italiana, giammai smentita, lo affida delle accoglienze liete e cortesi che dovunque i Colleghi riceveranno.

Agli Aderenti la Presidenza invia grazie sentite per l'incoraggiamento che dalla loro adesione è derivato all'opera sua: agli altri Colleghi rinnova un caldo invito a partecipare al Congresso.

A tutti manda un saluto cordiale, fraterno.

Roma, Febbraio 1894.

Il Segretario Generale
E. MARAGLIANO.

Il Presidente Generale
G. BACCELLI.

L'inaugurazione del Congresso avverrà alla presenza delle LL. MM. il Re e la Regina d'Italia, giovedì 29 Marzo 1894.

Il giorno successivo incominceranno i lavori nelle sezioni, i quali saranno chiusi col 5 aprile.

Sede del Congresso. — I cinque grandi edifici al Policlinico di Roma, costruiti per le due Cliniche mediche, generale e propedeutica, le due Cliniche chirurgiche, generale e propedeutica, e l'Amministrazione. — I locali occupati dalle singole Sezioni, fra cui sono divisi i lavori del Congresso, sono così distribuiti:

Uffici della Presidenza, dell'Amministrazione, della Segreteria Generale e dei Comitati delle varie Nazioni, Ufficio d'Informazioni, Ufficio di Poste e Telegrafo.

Igiene, Dermatologia e Sifilografia, Ingegneria sanitaria, Idrologia.

Medicina interna, Pediatria, Fisiologia, Patologia generale e Anatomia patologica, Medicina legale, Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale.

Farmacologia, Laringologia, Otologia.

Chirurgia, Ortopedia, Anatomia, Ostetricia e Ginecologia, Medicina e Chirurgia Militare, Oftalmologia, Odontoiatria.

Fra gli altri vantaggi offerti da questi locali, primo va notato quello che rimarranno tutte riunite le diverse sezioni, pure godendo di una completa auto-

nomia, e disponendo di sedi per le rispettive presidenze e segreterie, per le dimostrazioni, per deposito degli istrumenti e dell'altro arredo scientifico ecc. ecc.

La grandiosità degli edifizii ha poi il vantaggio che, malgrado una riunione di tanti uffici, tutto il lavoro si svolgerà col massimo ordine e nella quiete assoluta.

Mezzi di comunicazione. I locali del Policlinico, adibiti a sede del Congresso, distano dal centro di Roma (Piazza Colonna) non oltre 15 minuti. Un apposito servizio di omnibus e tramway in raccordo colle linee di tramway ed omnibus della città, collega la città al Policlinico. Sulla piazza di questo e nelle vicinanze sosteranno sempre carrozze pubbliche.

Per comodità dei Signori Congressisti, nei locali del Congresso vi sarà ufficio di posta e telegrafo, telefono, sale di lettura e scrittura, un Ristoratore.

UFFICI DEL CONGRESSO.

In ogni ufficio del Congresso che ha rapporti col pubblico vengono parlate le quattro lingue ufficiali: italiano, francese, tedesco, inglese.

I signori Congressisti arrivando alla Stazione centrale (Termini) di Roma, troveranno nei locali della stazione medesima l' UFFICIO DEGLI ALLOGGI. A questo si potranno rivolgere per qualunque informazione che riguarda gli alloggi; tanto se abbiano già in precedenza dato incarico alla Segreteria di fissare loro camere in alberghi o case private, quanto se vogliano essere provvisti al momento.

UFFICIO D'ISCRIZIONE ED INFORMAZIONI.

È fatta calda preghiera ai Signori Congressisti che, appena giunti a Roma, vogliano recarsi all'*Ufficio d'Iscrizione.*

L'Ufficio di iscrizione dal 2 Marzo alla fine del Congresso si trova in Via Genova. Col 27 Marzo, una sede di questo ufficio funzionerà pure al Policlinico (palazzo A.)

Signori e Signore, che avranno pagato preventivamente la loro quota di ammissione, ritireranno all'ufficio di iscrizione la tessera definitiva contro presentazione della carta postale che fu loro spedita dalla Segreteria Generale dando loro l'annunzio dell'avvenuto pagamento.

Signori e Signore, che pur avendo aderito al Congresso, avranno però ancora da pagare la loro quota, o che, senza avere anticipatamente aderito, vorranno iscriversi al Congresso, si presenteranno ugualmente ad uno dei due uffici suddetti, dove, contro pagamento della loro quota, riceveranno la tessera definitiva.

Quei signori Medici che hanno pagato solo in parte la loro quota di ammissione, presenteranno ad uno di questi uffici la cartolina spedita loro dalla Segreteria Generale ed in cui è notata la somma che devono ancora sborsare: contro pagamento di questa, verrà loro rilasciata la tessera definitiva.

E' necessaria la tessera definitiva per avere accesso alle sale del Congresso, alla Espozione Internazionale di Medicina ed Igiene, a tutti quegli istituti cui si accede colla presentazione della carta di riconoscimento; e per godere tutti quei divertimenti per i quali non è richiesta speciale carta d'invito.

Come è detto qui sopra, in qualunque caso essa viene ritirata ad una delle sedi dell'ufficio d'iscrizione.

CORRISPONDENZA DEI SIGNORI CONGRESSISTI.

Al Policlinico è istituito un *Ufficio Postale e Telegrafico governativo* autorizzato a tutte le operazioni.

Perchè lettere e telegrammi sieno recapitati all'ufficio del Congresso, i signori Congressisti li dovranno far indirizzare: Congresso ROMA.

La corrispondenza così indirizzata sarà a disposizione dei signori Congressisti all'Ufficio di Iscrizione ed informazioni *al Policlinico.*

La corrispondenza non ritirata da questo ufficio in giornata, al chiudersi delle sezioni passerà all'ufficio in *Via Genova.*

Valendosi dell' *Ufficio di Iscrizioni e Informazioni* al *Policlinico*, i signori Congressisti potranno senza spese di affrancazione e con grande rapidità di comunicazione, tenersi in rapporto fra di loro.

Gli uffici si varranno di questo medesimo sistema per comunicare prontamente coi signori Congressisti.

Al Policlinico vi sarà a servizio del pubblico un telefono.

Qualunque informazione possa interessare i signori Congressisti sarà loro fornita dall' *Ufficio informazioni*, nel *palazzo* A. *al Policlinico* oppure in *Via Genova.*

All'ufficio nella Stazione Centrale di Roma, all'ufficio di iscrizioni in Via Genova e nel Policlinico funzioneranno *banchi per il cambio della moneta straniera.*

Programmi e resoconti quotidiani delle sedute del Congresso verranno diffusi ogni sera mediante un foglio redatto nelle quattro lingue ufficiali, su nominate. Conterrà i singoli ordini del giorno, nelle varie sezioni per la mattina successiva, con gli elenchi degli Autori e i titoli delle relative comunicazioni.

INSCRIZIONE AL CONGRESSO.

Il Comitato organizzatore dell' Undicesimo Congresso Medico Internazionale ha ottenuto dalle Amministrazioni delle ferrovie italiane *rete Mediterranea, rete Adriatica, ferrovie Sicule* e della *Navigazione Generale Italiana* delle concessioni speciali in forza delle quali i Membri del Congresso e le loro famiglie godranno di un trattamento di favore nel loro viaggio di andata e ritorno dal luogo di residenza a Roma.

Hanno diritto a tali concessioni:

1.° *I Membri del Congresso;* medici, laureati in altre scienze e tutte quelle persone che si interessano ai lavori di una Sezione del Congresso — tassa personale L. 25.

2.° *Invitati al Congresso;* le signore dei Membri del Congresso e le persone adulte delle loro famiglie — tassa personale L. 10.

3.° *Studenti di medicina;* essi sono autorizzati ad assistere alle sedute del Congresso *senza pagare tassa alcuna.*

La tassa può essere trasmessa anticipatamente al Tesoriere del Congresso, Signor Professore Luigi Pagliani, Direttore Generale della Sanità Pubblica al Ministero dell'Interno *a Roma.*

Per poter usufruire di questo trattamento di favore è necessario presentare

la carta di riconoscimento per i viaggi: e per ottenere questa carta basta farne domanda alla *Segreteria Generale dell'XI Congresso Medico Internazionale* Roma

La domanda delle carte per il viaggio è sufficiente per essere iscritti al Congresso.

Per ottenere queste carte non è indispensabile d'avere anticipatamente pagata la tassa di iscrizione, ma è interesse dei Congressisti il farlo per evitare ritardi nella iscrizione al loro arrivo a Roma e per trovarvi già pronte le tessere per assistere alle sedute del Congresso.

Le Compagnie che hanno accordato dei ribassi alle persone che si recano a Roma per assistere al Decimoprimo Congresso Medico Internazionale, sono le seguenti:

COMPAGNIE DI NAVIGAZIONE.

Compañia Trasatlàntica (antes A. Lopez y Ca.) — Barcellona.
Compagnie Générale Transatlantique — Bordeaux.
Hamburg-American Packet Co — New-York.
Norddeutscher Lloyd — Bremen.
Navigazione Generale Italiana — Roma.
Navigazione Italiana « La Veloce » — Genova.

COMPAGNIE DI STRADE FERRATE.

Italiane: Reti Adriatica, Mediterranea e Sicula.

Le persone fornite di documenti di viaggio possono godere del numero di fermate stabilite in tariffa pei viaggi di andata e ritorno, purchè il viaggio di ritorno si compia entro il 30 aprile p. v.

La validità dei biglietti a prezzo ridotto pei viaggi circolari non termina col 30 aprile, ma ha la durata normale dei biglietti circolari stessi.

Straniere: Inglesi, Belghe, Francesi, Spagnuole, Portoghesi, Orientali e Russe.

Le Strade ferrate Germaniche, Austro-Ungariche e Svizzere, non avendo accordato ribasso alcuno, i Sigg. Congressisti potranno prendere, per i loro viaggi in detti paesi, dei biglietti a Coupons in vendita agli sportelli delle stazioni e presso le Agenzie di viaggio, per il percorso fino al confine italiano e per il ritorno.

Avviso importante. — *Ciascuna persona*, sola o accompagnata, deve presentare le carte richieste intestate col proprio nome e cognome e, per quanto riguarda le carte e coupons, colla sua qualità di « Membro » « Invitato o Invitata » « Studente. »

A tutti gli ascritti al Congresso prima del 1.° marzo, sia che abbiano annunciato le loro adesioni pagandone le relative quote, sia che abbiano semplicemente richiesto i documenti di viaggio, questi saranno spediti dalla *Segreteria Generale.* Col 1.° marzo 1894 i Comitati Nazionali si incaricheranno di codesta pratica e però le richieste dovranno essere preferibilmente rivolte ai Presidenti od a Segretarii dei Comitati stessi.

I Comitati Nazionali rimetteranno le carte su nominate a chiunque ne farà

loro richiesta, purchè abbia diritto ad essere inscritto al Congresso, e senza riguardo se il suo domicilio abituale sia o meno nella sfera di azione del Comitato medesimo.

Le richieste delle carte di legittimazione per il viaggio dovranno essere indirizzate alla *Segreteria Generale dell'XI Congresso Medico Internazionale. ROMA* oppure ai *Comitati Nazionali* rappresentati dai Signori seguenti:

Germania prof. Virchow (Berlino) dott. Posner (Berlino) — **Inghilterra** Sir J. Paget (Londra) dott. Makins (Londra) W. Stokes (Dublino) G. Stewart (Edimburgo) — **Austria** prof. H. Nothnagel (Vienna) Il Presidente della Associazione dei Medici a Trieste — **Belgio** prof. Thiry (Bruxelles) prof. Destrée (Bruxelles) — **Bulgaria** dott. Pouscoullieff (Sofia) — **Danimarca** prof. C. Lange (Copenagen) — **Francia** prof. Cornil (Parigi) dott. Baudoin (Parigi) — **Grecia** Lo Agente diplomatico di S. M. il Re d'Italia (Atene) — **Lussemburgo** dott. P. Koch (Lussemburgo) — **Norvegia** prof. S. Laache (Cristiania) — **Paesi Bassi** prof. Stokwis (Amsterdam) — **Polonia** prof. Cybulski (Cracovia) — **Portogallo** prof. De Sousa Martins (Lisbona) — **Rumania** dott. Severeanu (Bucharest) — **Russia** prof. Pachoutine (Pietroburgo) — **Serbia** dott. Subboticz (Belgrado) — **Spagna** prof. Calleja y Sanchez (Madrid) — **Svizzera** prof. Kocher (Berna) — **Svezia** prof. Holmgren (Upsala) — **Turchia** dott. Van Millingen (Costantinopoli) dott. Perera (Salonicco) — **Malta** dott. Galea (La Valletta) dott. Manchè (La Valletta).

La casa TH. COOK & SON *Roma Piazza di Spagna*, ha organizzato delle gite ai Castelli ed ai dintorni di Roma per il giorno *primo aprile.*

Essa fornirà per tali gite dei biglietti *à forfait* (viaggio e vitto compreso).

LAVORI DEL CONGRESSO.

Saranno suddivisi nelle seguenti 19 Sezioni:

Anatomia — Fisiologia — Patologia generale e Anatomia patologica — Farmacologia sperimentale e terapeutica — Medicina interna — Pediatria — Psichiatria, Neuropatologia ed Antropologia criminale — Chirurgia e Ortopedia — Ostetricia e Ginecologia — Laringologia — Otologia — Oftalmologia — Odontoiatria — Medicina e Chirurgia Militare — Igiene — Ingegneria Sanitaria — Dermatologia e Sifilografia — Medicina Legale — Idrologia e Climatologia.

I lavori procederanno simultaneamente nelle diverse sezioni e saranno intercalati dalle sedute generali, secondo il seguente programma della

SETTIMANA DEL CONGRESSO

28 Marzo — Inaugurazione della esposizione internazionale di medicina e igiene.
29 » *mattino* — Inaugurazione del Congresso.
Pomeriggio — Elezione degli uffici.
30 » Dalle 8 a. alle 3 p. — Lavori delle Sezioni.
Ore 4 p. — Prima Seduta generale — Conferenze.
31 » Dalle ore 8 a. alle 3 p. — Lavori nelle Sezioni.
Ore 4 — Seconda Seduta generale — Conferenze.

1.° Aprile — Libero per gite ai dintorni di Roma.
2 » Dalle 8 a. alle 3 p. — Lavori nelle Sezioni.
Ore 4 — Terza seduta generale — Conferenze.
3 » Dalle ore 8 a. alle 3 p. — Lavori nelle Sezioni.
Ore 4 — Quarta Seduta generale — Conferenze.
4 » Dalle ore 8 a. alle 5 p. — Lavori nelle Sezioni e loro chiusura.
Ore 4 — Quinta Seduta generale — Conferenze.
Sera — Banchetto delle Sezioni.
5 » *mattina* — Seduta di chiusura.

È consigliabile che i signori Congressisti i quali vorranno partecipare al banchetto si provvedano tosto la relativa tessera che sarà in vendita presso l'*ufficio di iscrizione.*

Comitato, Autorità e cittadinanza hanno preparato festeggiamenti in onore dei signori Congresissti. La sera del 28 marzo il Comitato offrirà un ricevimento nei locali della Esposizione. Un Comitato di cittadini romani ha ideato di illuminare la Platea Archeologica. Il Municipio riceverà i signori Congressisti e le loro signore al Campidoglio. Sarà offerto loro un *lunch* alle Terme di Caracalla. Società Canottieri del Tevere organnizzerà delle regate. Vi sarà un corso di fiori e la caratteristica ritirata coi moccolotti. Altre feste sono in preparazione.

CONFERENZE NELLE SEDUTE GENERALI.

Babes (Bucarest): Die Stellung des Staates zu den Resultaten der modern Bacterienforschung.
Bizzozero (Torino): Accrescimento e rigenerazione nell'organismo.
Brouardel (Paris): La lutte contre les épidémies.
Cajal (Madrid): Morphologie des cellules nerveuses.
Danilewski (St. Pétersburgh): Sur le rôle biologique du phosphore dans ses combinaisons organiques.
Foster (Cambridge): The organisation of Science.
Koker (Bern): Thème à fixer.
Jacobi (New-York): Non nuocere!
Laache (Cristiania): Sur l'hypertrophie idiopathique du coeur et la dégénération du muscle cardiaque.
Nothnagel (Vienna): Die Anpassung des Organismus an pathologische Veränderungen.
Stokvis (Amsterdam): La chimie en rapport avec la Pharmacothérapie et la Matière médicale.
Virchow (Berlin): Morgagni und das anatomische Denken.

ESPOSIZIONE INTERNAZIONALE DI MEDICINA ED IGIENE.

Sotto la presidenza del direttore generale della sanità pubblica prof. L. Pagliani, uno speciale Comitato ha organizzato una esposizione internazionale di medicina ed igiene.

Ogni persona fornita della carta definitiva di riconoscimento avrà libero in-

gresso a questa mostra che raccoglie tutto quanto di più interessante per la medicina, la igiene e l'ingegneria sanitaria è stato proposto. (*Sede:* Palazzo delle Belle Arti, Via Nazionale).

È stata coniata una *medaglia* che verrà distribuita ai Signori Congressisti.

Una speciale *guida* in edizione di lusso, al cui splendore ha concorso la rinomata casa W. Luksch di Vienna, che ne ha assunto l'impresa, verrà regalata a ciascun aderente al Congresso.

Per speciale consenso di S. E. il Ministro per la Istruzione Pubblica, colla *tessera definitiva* si avrà libero ingresso ai Musei, le Gallerie, gli Ospedali, le Biblioteche di Roma.

Tutti coloro che desiderano fissare l'alloggio prima del loro arrivo a Roma, possono dirigere le loro domande dettagliate a:

1.° Segreteria Generale dell'XI Congresso Medico Internazionale — ROMA.
2.° Th. Cook & Son — Piazza di Spagna — ROMA.
3.° Direttamente agli Alberghi di Roma.

ALBERGHI DI ROMA

National, camera l. 4, pensione l. 12 — *Central*, camera l. 3-5 (senza pensione) — *Allemagne*, pensione l. 12 — *Continental*, pensione l. 12 — *Laurati*, camera l. 3 5, pensione l. 10-13 — *Paris*, pensione l. 15 — *Bristol*, pensione l. 15 — *d'Italie*, pensione l. 12-14 — *Cesari*, camere l. 5 (senza pensione) — *Londres*, pensione l. 14-18 — *Victoria*, pensione l. 10 — *Colonna*, camera l. 3, 50 (senza pensione) — *Capitale*, pensione l. 12 — *Du Globe*, pensione l. 8 — *Union*, pensione l. 7-8 — *Chapmann*, pensione l. 12 — *Avarzi*, pensione l. 8 — *Tellenback*, pensione l. 11 — *Savigne*, pensione l. 10.

Qualunque domanda per informazioni, notizie, ecc. deve essere indirizzata: Alla SEGRETERIA GENERALE dell'XI Congresso Medico Internazionale — ROMA.

BIBLIOGRAFIA

PAUL LEFERT. — **Aide-mémoire de l'art des accouchements.** — Paris, J. B. Baillière et fils, 3 fr.

Questo volume di 300 pagine, rilegato, continua la serie dei cosidetti *manuali del dottorato in medicina* che la casa editrice Baillière pubblica da qualche tempo e che costituiscono una guida sicura per lo studente e un utile *memento* per i medici pratici. Tutto ciò che è utile a ricordarsi nell'arte dei parti vi è trattato in modo conciso ma chiaro, dall'anatomia e fisiologia ostetrica alle più difficili questioni della patologia ostetrica. Le affezioni puerperali e le operazioni ostetriche sono studiate in capitoli speciali.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Marzo 1894. Num. 3.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

IL MASSAGGIO
nella cura delle malattie ginecologiche

PEL
Dott. ROMOLO POLACCO

(Continuazione e fine, vedi pag. 73).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 APR 94
LIBRARY

Cura operativa.

Per ciò che riguarda la cura operativa del prolasso utero-vaginale, si può accettare come razionale la divisione degli atti operativi data dal Marion Sims (1) il quale distingue:

1.° L'amputazione del collo quando la parte infravaginale è troppo allungata.

2.° L'operazione perineale.

3.° Il restringimento della vagina.

Raramente però nella cura di un prolasso che sia appena alquanto voluminoso, si eseguisce uno solo di questi atti operativi, perchè i ginecologi in generale, dal momento che non è possibile pensare ad un efficace raccorciamento dei legamenti pelvici (2), tendono a rafforzare

(1) Marion Sims. « Notes cliniques sur la chirurgie utérine. » Trad. Lhéritier. Paris, 1866.

(2) Non credo che, date le condizioni generali dalle quali il prolasso dipende, l'operazione di Alexander possa dare successi durevoli. Infatti il Ségond « Traitement chirurgical du prolapsus utérin. » *La semaine médicale,* 29 novembre 1893, dice a questo proposito: » J'ai pratiqué un certain nombre de fois

quanto più è possibile il pavimento pelvico e ad aumentare così la resistenza dell'apparecchio contentivo.

Ma il risultato di questi atti operativi è sempre dubbio, non per ciò che riguarda l'esito immediato, perchè la scrupolosa antisepsi e taluni artifici e modalità operatorie (quali le suture in seta anzichè in catgut e la non contemporanea esecuzione della colporafia anteriore e posteriore) lo rendono nella immensa maggioranza dei casi favorevole, ma per ciò che riguarda le recidive.

Infatti non è raro che un prolasso vagino-uterino, appena un po'grave, operato in qualunque modo, abbia a recidivare entro un periodo che la maggioranza dei ginecologi giudica variabile da uno a cinque anni. Ed a conforto di questa mia opinione, io posso citare le parole di molti autorevoli ginecologi, i quali si accordano nel ritenere che un intervento operativo *radicale* contro il prolasso rimanga ancora a trovarsi.

Lo Schroeder (1) a pag. 217 dice testualmente così: « L'operazione più radicale è l'amputazione totale dell'utero.... Le complicazioni di neoplasmi maligni o di gangrena dell'organo autorizzano certamente questo intervento radicale. P. Müller ha di recente amputato l'utero per via addominale in due casi di prolasso complicato a fibroma. Egli si proponeva di guarire radicalmente il prolasso fissando il peduncolo alla ferita addominale. Io stesso ho più di una volta durante la laparotomia per ovariotomia fissato mediante suture l'utero prolassato a grande altezza nella incisione addominale.

« Notiamo che queste operazioni le quali, nello stato attuale della scienza, mettono ancora in pericolo la vita della donna, non guariscono il prolasso, tanto che bisogna ancora più tardi ricorrere alla colporafia anteriore e posteriore. Io non posso adunque provvisoriamente credere che l'estirpazione totale per la via vaginale o l'amputazione sopravaginale per via laparotomica siano indicate contro il solo prolasso uterino! »

Questo giudizio così reciso dello Schroeder, mi dispensa dunque di parlare dei varii metodi di ventro-fissazione (isteropexis). È certo che

---

l'opération d'Alexander, j'y ai même apporté une modification, mais à mon avis elle ne donne pas de bons résultats, ce qui est facil à comprendre puisqu'elle place l'utérus en antéversion, sans pour cela le remonter suffisamment. Je lui préfère l'istéropexie, pratiquée pour la première fois pour prolapsus génital par Olshausen à l'étranger et par Terrier en France. »

(1) « Maladies des organes de la femme. » Trad. Lauwers et Hertoghe. Paris, 1886.

come il rafforzamento dei piani inferiori (e quindi anche le operazioni di chiusura mediana della vagina e di occlusione della vulva), non bastano a trattenere l'utero nella sua discesa quando si tratti di prolasso alquanto notevole, non valgono neppure gli atti operativi che tendono ad attaccare l'utero in alto, perchè o gli attacchi si rompono o si rilasciano, oppure la parete addominale alla quale l'utero viene fissato è così cedevole che si lascia allungare e trarre in basso e l'utero ricade trascinando la parete alla quale viene fissato, ovvero riproducendosi il prolasso vaginale, pur mantenendosi la fissazione dell'utero, si allunga la porzione cervicale di questo.

Nel trattato di ginecologia operativa di Hegar e Kaltenbach (1) si leggono queste parole:

« Non si può pensare a guarire il prolasso che rafforzando i legamenti peritoneali, o creando un apparecchio di contenzione che funzioni bene.

« È impossibile di soddisfare con atti operativi al primo di questi postulati e non si può ottenere questo risultato che provocando delle aderenze patologiche ed esponendosi a tutte le circostanze gravi di un tale intervento.

« Questo metodo del resto non potrebbe bastare che nei casi in cui il prolasso è primitivamente dovuto ad un rilasciamento dei legamenti senza che il rilasciamento del piano perineale sia combinato con esso.

« Ma se non è possibile agire sui legamenti pelvici, si può creare un apparecchio di contenzione ancora più solido di quello che esiste allo stato normale.... L'operazione destinata a guarire il prolasso avrà dunque il più spesso per effetto di consolidare la parete vaginale e ciò fa la colpoperineorrafia. Si può poi accessoriamente ricorrere all'amputazione cervicale ed ai diversi processi di elitrorrafia. »

Resta però a vedersi, se anche questo nuovo apparecchio, di contenzione, « ancora più solido di quello che esiste allo stato normale », non possa e non debba, date certe alterazioni nutritizie individuali e certe tendenze, venire esso pure disteso in modo che la sua elasticità venga distrutta e tolta la resistenza ch' esso dovrebbe opporre alla discesa del viscere.

---

(1) A. Hegar e R. Kaltenbach. « Traité de ginécologie opératoire. » Trad. Bar. Paris, 1885.

Ecco ora l'opinione dell'Emmet (1): « L'esperienza mi ha insegnato che quando la procidenza era completa e la menopausa non ancora in atto, il prolasso recidiva sempre dopo un'operazione nella parete anteriore se non si ha operato anche la posteriore. In tutti i casi da me osservati, quando mancava il sostegno della parete posteriore, non sono mai passati più di quattro anni senza che riapparisse il prolasso. Ho anche notato che, anche quando si aveva accuratamente praticata l'operazione finale sulla parete posteriore e sull'ostio vaginale, la procidenza si riproduceva tosto se si lasciava l'utero in retroversione, ammenochè non fosse stato fissato da aderenze. »

Non mancano però anche autori illustri quali lo Schultze (2) ed il Sims (3) che sostengono essere possibile la guarigione del prolasso con mezzi operativi, ma la prova che si è ancora ben lungi dall'avere certezza assoluta al riguardo, la si ha nella discussione riguardo alla cura del prolasso, che ebbe luogo alla Accademia di Medicina di Parigi, nella tornata del 22 gennaio 1894:

« Le Dentu riferisce di avere praticato l'isterectomia vaginale in due donne, dell'età di 39 anni l'una e 52 l'altra, ambedue con prolasso uterino, rettocele e cistocele, ed avere ottenuto buon esito: ma dopo un anno le pareti vaginali erano arrovesciate nuovamente al di fuori, seguite dalla vescica. Nè l'amputazione sopravaginale del collo gli fu più favorevole in altre due donne che avevano lo stesso incomodo. Egli considera perciò l'isterectomia vaginale e l'amputazione del collo come insufficienti ad impedire il prolasso ulteriore della vagina, e crede che queste operazioni hanno bisogno di autoplastie complementari.

« Reynier dice che nel prolasso completo dell'utero non complicato a cistocele o rettocele, sono necessarie due operazioni: l'isteropessia nelle donne giovani, e l'isterectomia vaginale nelle donne che hanno oltrepassato il periodo della menopausa, e che queste due operazioni debbono essere completate dalla restaurazione del perineo. Dal 1888 ha avuto l'opportunità di praticare 8 isterectomie vaginali e 4 isteropessie con buoni risultati, ma ha avuto recidive con cistocele o rettocele e le ammalate sono guarite soltanto dopo la restaurazione del perineo.

---

(1) Th. A. Emmet. « La pratique des maladies des femmes » Trad. Ollivier. Paris, 1887, pag. 360.

(2) B. S. Schulze. « Traité des déviations utérines. » Trad. Hergott. Paris, 1884.

(3) Sims. Op. cit.

« Le Dentu afferma che con l'operazione di Alexander o con quella di Lefort ha ottenuto risultamenti nulli od incompleti. »

È dunque certo che vi sono casi che si possono guarire con mezzi operativi, ma ve ne sono altri ostinatamente ribelli. Nel Comparto ginecologico ostetrico dell'Ospedale Maggiore di Milano dove le ammalate affluiscono a centinaia, il prof. Mangiagalli esperimentò largamente tutti gli atti operativi consigliati per la cura del prolasso, ma tutti, anche i più radicali contano delle recidive.

Vediamo ora quali siano le pratiche di massaggio consigliate nella cura di questa infermità.

Partendo dal principio, che il prolasso è una malattia piuttosto di indole generale o dipendente almeno da un rilasciamento di tutti i legamenti ed i tessuti connettivali che mantengono in posto il viscere, la cura deve essere complessa, deve tendere cioè da una parte a rafforzare quei legamenti e quei tessuti che concorrono a tenerlo sospeso, a rinvigorire dall'altra quei tessuti che formano come una specie di piano di sostegno al viscere stesso.

Cercherò di ridurre alla massima semplicità la descrizione delle manualità che si eseguiscono, suddividendole in:

I. Quelle destinate a ridare tonicità ai legamenti sospensorii dell'utero (movimenti di elevazione).

II. Quelle destinate a rafforzare ed a tonicizzare i piani di sostegno.

Si eseguiscono tutte nella stessa seduta.

La paziente ed il medico si collocano nella stessa posizione che per la esplorazione vaginale. Brandt si serve, per i movimenti di elevazione, dell'aiuto d'un assistente. Il ginecologo anzitutto, dopo di essersi assicurato che l' intestino retto e la vescica sono completamente vuoti, respinge l'utero in alto, coll'aiuto della mano destra collocata all'esterno, lo riduce nella posizione di antiversione normale, poi collo stesso indice sinistro, che si trova già in vagina, applicandolo sulla faccia anteriore del collo colla sua faccia palmare, cerca di spingere l'utero quanto più in alto gli riesce possibile.

Allora l'assistente, collocato ai piedi del letto, di fronte alla donna e quanto più possibile vicino a lei, appoggia il ginocchio sinistro sul

letto stesso e porta il piede destro quanto più può in avanti, verso il capo della donna, lateralmente al letto. Questo per evitare di perdere l' equilibrio durante il movimento di elevazione. Poi collocando le due mani sul ventre della donna in posizione supina, coi pollici all'esterno e colla punta delle dita infossantisi al didietro della sinfisi, colle braccia completamente tese ed inclinando fortemente il torso, cerca di infossare le dita nella pelvi e di afferrare colla loro punta il collo uterino alla sua faccia anteriore. Le dita più esterne cercano di trattenere il viscere lateralmente e comincia allora il secondo tempo che è quello del movimento di elevazione propriamente detta, cioè il lento innalzamento dell' utero lungo la concavità sacrale verso il promontorio. Durante questo tempo il dito esploratore, che trovasi all' interno, deve sentire e seguire il viscere e le mani dell' assistente nel movimento di elevazione e questa deve cessare tostochè si incontri resistenza, senza che il viscere ricada bruscamente in basso, perchè ciò potrebbe produrre troppo forte dolore ed anche lacerazioni vasali ed alterazioni nella circolazione degli annessi. Quando non sia più possibile di sollevare il viscere senza incontrare eccessiva resistenza, l'assistente lo deve accompagnare in basso, mentre il dito che trovasi all' interno lo segue e lo guida in questo movimento di discesa. Tutte queste manualità devono essere eseguite lentamente, senza cagionare alcun dolore alla paziente e, secondo la regola data da Brandt, il movimento di elevazione dovrebbe venir ripetuto tre volte, facendo riposare la paziente dieci minuti fra una volta e l'altra.

Gli effetti che ne derivano non consistono soltanto nel rinvigorire la tonicità degli attacchi uterini e della vagina, ma nel migliorare immediatamente le condizioni della circolazione specialmente venosa, facilitando il deflusso del sangue refluo. Infatti è noto che un utero ipertrofizzato in seguito a prolasso si riduce di volume in brevissimo tempo ed in modo molto notevole quando venga ricollocato in posto e ciò per le migliorate condizioni di irrorazione sanguigna e di nutrizione. Il miglioramento del circolo sarà tanto più notevole quando, alla riposizione in posto, si aggiungano quei movimenti di elevazione che, svuotando le vene, facilitino il rinnovamento e l' acceleramento della circolazione. Inoltre prima di terminare la seduta di massaggio propriamente detta, il Brandt consiglia di eseguire il massaggio dei legamenti sacro-uterini

e la compressione vibratoria delle pareti vaginali contro le ossa ischiatiche.

Tutto questo per quanto concerne il miglioramento dei legamenti che debbono sostenere l'utero dall'alto: vediamo ora ciò che si deve fare per tonicizzare i piani che, sostenendolo dal basso all'alto, debbono pure concorrere potentemente a trattenerlo in posto.

Anzitutto si deve consigliare la paziente a contrarre molte volte durante la giornata (io consiglio cento volte) rapidamente e fortemente lo sfintere esterno dell'ano come se dovesse trattenere una scarica alvina. Questo esercizio tende a tonicizzare l'elevatore dell'ano e lo sfintere esterno che servono a sostenere il perineo, e, per ragione di vicinanza, anche il costrittore della vagina. È notevole che nella esecuzione di questo movimento di contrazione le pazienti sentono l'utero risalire, ed io stesso ho potuto molte volte constatare e far constatare ai miei colleghi come un utero prolassato rientri in vagina spontaneamente quando la donna, collocata in posizione di massaggio sul plinto, eseguisca di seguito per un certo numero di volte la contrazione dello sfintere.

Si fanno poi praticare i movimenti di ginnastica che debbono servire a tonicizzare i muscoli adduttori e gli abduttori. La paziente rimane appoggiata sul letto coi piedi, colle spalle e col capo, si sostiene colle due mani applicate sul margine del letto stesso, e solleva il bacino.

Allora il medico fa eseguire per un certo numero di volte un movimento di apertura delle coscie, mentre la paziente oppone resistenza e poi, dopo di averla lasciata riposare per qualche minuto, la invita a tenere le coscie divaricate e mentre essa fa resistenza, la sforza a chiuderle ripetendo poi tale ginnastica. Questo rinforza gli adduttori e gli abduttori della coscia (1).

I risultati non si fanno attendere molto a lungo e sono prontamente avvertiti dalle stesse pazienti per le quali, almeno per qualche giorno, io ritengo ottimo sussidio curativo la degenza a letto.

---

(1) Il Von Preuschen « Die Heilung des Vorfalls der Gebärmutter durch Gymnastich der Bechenmuculatur und metodische Uterushebung. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 13, 1888, sostiene che il metodo di Brandt agisce nel prolasso solo per la ginnastica: l'adduzione forzata, sopratutto, mentre la donna solleva il bacino, si accompagnerebbe ad una contrazione energica dell'elevatore dell'ano, a diminuzione conseguente del calibro della vagina il che contribuirebbe a spingere l'utero in alto.

Poi esse possono alzarsi e accudire alle proprie faccende (non però a lavori faticosi) mentre continua la cura la quale dura di solito da uno a due mesi.

Guarito il prolasso permane ordinariamente una lieve retroflessione dovuta a lieve risentimento peritoneale posteriore.

La percentuale di guarigione data da Brandt è di 70 ad 80 per cento, notevole specialmente se si considera la gravezza e l'ostinazione di questa malattia ginecologica.

È opinione del ginecologo svedese che le elevazioni abbiano sugli attacchi uterini la stessa efficacia che i movimenti ginnastici a resistenza sulla muscolatura di un arto paretico: questi movimenti favorendo, ed eccitando la nutrizione dell'arto, aumentano la potenza nervosa e la muscolare tanto da renderlo più forte di quanto non fosse prima della malattia. Infatti secondo le più recenti ricerche anatomiche e secondo le osservazioni dello Ziegenspeck, i legamenti che trattengono l'utero posteriormente e lateralmente si dirigono tutti in alto verso il peritoneo e per questo dai movimenti di elevazione debbono venire piuttosto rallentati che distesi.

Sarà cosa conveniente a complemento di cura l'insistere presso le pazienti perchè cerchino di restare per qualche tempo nelle ore di riposo appoggiate sul ventre. Questo avvezza l'utero a rimanere nella posizione di antiflessione: sarà pure conveniente l'avvertire che almeno nei primi tempi la vescica deve essere vuotata di frequente. Gioverà anche, quando l'utero abbia tendenza a riportarsi in retroflessione, l'applicazione di un pessario Hodge od a sbarra trasversale.

Pressione, trazione e diminuita resistenza sono le tre cause che singolarmente o complessivamente si esplicano nella produzione del prolasso e non v'è abbassamento o prolasso degli organi addominali che non si possa attribuire ad una od a parecchie di queste cause, le quali d'ordinario, si riuniscono per determinare la produzione. Ma ad ogni modo si può ammettere come causa prima del prolasso il rilasciamento dei legamenti, rilasciamento che tutto, anche nello stato fisiologico della donna, contribuisce a produrre.

È per questo che la cura del massaggio è la più razionale perchè viene a combattere direttamente il prolasso in tutte o pressochè tutte le cause che lo producono.

La diminuita resistenza si combatte agevolmente coi movimenti muscolari attivi e passivi. Specialmente i movimenti attivi, se ben diretti ed eseguiti, possono produrre effetti notevolmente superiori a quelli dati dalle altre manovre di massaggio, e già ho fatto osservare come prendendo ad esaminare una donna in decubito supino con utero prolassato, se si fanno eseguire ripetuti ed energici movimenti di contrazione dello sfintere esterno dell'ano, si veda l'utero sollevarsi man mano fino a rientrare al didietro dell'anello vulvare. Bisogna però riconoscere che non tutti i muscoli del piano inferiore del bacino si contraggono sotto l'influenza della volontà, ed è per questo che il metodo di Brandt aggiunge al massaggio attivo il massaggio passivo ed i movimenti a resistenza. Assai più difficile riesce il combattere la causa di prolasso esplicantesi come pressione o trazione; pur tuttavia vi si può riuscire studiandone l' agente determinante e procurando di diminuirne l'intensità o di toglierlo del tutto.

Il Prochownick nella cura del prolasso non usa i movimenti a resistenza adottati dal Brandt: I. perchè non si devono considerare come parte essenziale del trattamento, ma si devono impiegare in concorso col massaggio contro il rilasciamento delle parti superiori del bacino anche secondo l'avviso di Brandt; II. perchè danno pochi risultati sulle donne in età avanzata (fatto questo che io stesso potei ripetutamente verificare). Inoltre egli ha modificato profondamente il sistema di elevazione eseguendolo da solo, coll' introdurre due dita in vagina e cercando con queste di dilatarla alquanto, mentre solleva il più possibile l'utero cogli annessi in una direzione verticale o laterale, afferrandolo pure colla mano esterna. Si possono allora eseguire delle manovre di pressione e di trazione (Zugdruck) sugli organi così sollevati. Dopo di aver portato in alto l'utero ve lo mantiene per uno o due minuti, poi ripete la manovra, prima due volte, poi fino a quattro o cinque in una stessa seduta. Io pure da lungo tempo, e prima ancora di aver letto il lavoro di Prochownick, per ragione di opportunità e di minor difficoltà, mi attenevo ad un processo simile a questo, colla differenza che, delle due dita introdotte in vagina, prima che per sollevare l'utero me ne servivo per ridurlo in antiversione.

Dall'esame sintetico dei varii metodi di cura del prolasso, risulta adunque che la cura puramente ortopedica non è e non può essere che

palliativa, temporanea e che a lungo andare, riesce soventi volte dannosa. Incerta e mal sicura è la via operativa la quale, senza contare la noia ed il pericolo di uno o più atti operativi, non assicura la guarigione che per un tempo brevissimo. Ho detto noia e pericolo e non a caso: infatti anche non contando la possibilità della morte per cloroformio, la quale pure deve tenersi a calcolo, per quanto ora ridotta ad una percentuale assai esigua, rimane pur sempre la possibilità di gravi emorragie che si manifestano qualche volta dopo parecchie ore dall'atto operativo, trattisi di colporafia anteriore o posteriore o di perineorrafia.

Rammento a questo proposito che il mio maestro prof. Mangiagalli, dopo di aver eseguito più di un centinaio di tali atti operativi, tendeva a dubitare dell'asserzione del Freund che, nelle operazioni sulla vagina si possano avere talvolta emorragie consecutive mortali. Ebbene in una sola settimana si ebbero nel Comparto Ginecologico dell'Ospedale Maggiore, due di queste emorragie che assunsero proporzioni da destare qualche inquietudine e porre anche in serio pericolo la vita della paziente, qualora l' intervento non fosse stato pronto.

La cura del massaggio, quando sia eseguita a dovere, è assolutamente scevra di pericoli e se il professore Chiarleoni nella terza seduta del XII Congresso dell'Associazione Medica Italiana tenutosi in Pavia nel 1887, potè citare un caso di *morte repentina* occorsogli durante una seduta di massaggio, mi permetta il chiaro collega di obbiettargli che non a difetto del metodo si deve attribuire tale disgraziatissimo accidente, ma secondo ogni probabilità e quasi con certezza ad un caso malaugurato, che volle che la morte violenta si verificasse proprio durante la seduta di massaggio.

Nello stato attuale delle nostre conoscenze ginecologiche, io ritengo adunque che le elevazioni dell'utero continuate col massaggio dei parametrii e coi movimenti di ginnastica svedese, costituiscano il miglior metodo di cura che noi possiamo attuare contro il prolasso (1).

---

(1) Specialmente se si tratta di pazienti in giovane età io vorrei che al massaggio si desse sempre la preferenza nella cura del prolasso, perchè si può dire che l'esito favorevole non manca mai in questi casi. Rammento di avere dimesso dall'Ospedale non guarita dopo una cura di oltre un mese certa And... d'anni 21, guantaia, abitante in Corso Vercelli. Uscita dall'Ospedale perchè io le avevo proposto di lasciarsi praticare l' amputazione del collo e la doppia colporafia, mi pregò di continuare il massaggio, contenta di fare ogni giorno a piedi quasi cinque chilometri di strada per venire a casa mia; dopo circa due mesi la guarigione era completissima e si mantiene ancora da oltre un anno.

Antiversione ed antiflessione.

Dopo la pubblicazione del lavoro di Schultze fatta per la prima volta in tedesco nel 1881, si ammise come provato che nello stato di sanità il corpo dell'utero è curvato in avanti e, appoggiandosi colla sua parete anteriore alla vescica, eseguisce un movimento dipendente dallo stato di vacuità o di replezione della vescica stessa. Tale movimento sollevando il fondo uterino, tende, allorchè la vescica si va distendendo, a diminuire dapprima e ad abolire quindi l'angolo di flessione. Quando la vescica si distende, l'utero è spinto man mano all'indietro spingendo così le anse intestinali fuori del bacino. Allorchè la vescica è fortemente distesa, l'utero si appoggia colla sua parete posteriore alla parete anteriore rettale e le anse dell'intestino tenue trovansi ricacciate in totalità verso l'alto e respinte fuori del bacino.

Nello stato fisiologico il collo uterino è rivolto verso il sacro, mentre il fondo è volto verso la sinfisi e il viscere forma, colla sua parete anteriore, un angolo ottuso. Quando l' apertura di questo angolo aumenti di tanto che gli assi del corpo e del collo vengano ad incontrarsi in una linea retta o quasi, si ha quella anomalia di posizione che si chiama antiversione; quando invece l'angolo rimpiccolisce, divenendo acuto, si ha la antiflessione. Non è però necessario che l' alterazione dell'angolo sia grave perchè si manifestino i sintomi molesti dell'antiflessione: basta che il corpo dell'utero, pur occupando una posizione pressochè normale, diventi immobile o quasi e pesi quindi sulla vescica più fortemente che di norma, perchè si abbiano i sintomi dell' antiflessione; mentre quelli dell'antiversione si hanno quando l'utero irrigidito nei tessuti che lo costituiscono e nei legamenti che lo sostengono, non ha più quella flessibilità che gli permetteva di seguire con movimenti e mutamenti di forma proprii i varii gradi di distensione della vescica.

Non si può adunque stabilire una linea netta di separazione fra l'antiflessione fisiologica e la patologica, dal momento che la stessa antiflessione fisiologica diviene patologica tosto che acquisti una fissità notevole od assoluta.

Sintomi principali dell' antiflessione sono i disturbi vescicali, la

dismenorrea e la sterilità. La dismenorrea a lungo andare è cagione di uno stato di iperemia cronica dell'organo che prepara le forme morbose gravi di endometrite cronica e di metrite parenchimatosa.

Le antiflessioni congenite possono senza dubbio considerarsi come le più gravi e bene spesso incurabili: sarà dato soltanto al ginecologo di alleviare palliativamente le sofferenze delle pazienti.

Quando alla esplorazione si riscontri l'utero piccolo, quasi atrofico, duro, il muso di tinca acuto e con orificio stenotico o puntiforme, l'asse del collo in continuazione con quello della vagina e l'utero fissato sopra di quello, in una posizione invariabile, benchè assai vicina alla norma, ove non si riscontrino altre alterazioni degli annessi, si potrà ritenere trattarsi di antiflessione *congenita*. Allora la vescica riempiendosi, non distende il corpo uterino sul collo ma solleva il viscere in totalità, dando luogo a frequente impulso al mingere, che è bene spesso il sintomo più tormentoso delle pazienti affette da questa malattia. Inoltre il dito esploratore non riuscirà a distendere il corpo sul collo, ma sentirà l'utero sollevarsi in totalità, cagionando notevole dolore alla donna quando tenti di togliere l'angolo formato dal viscere. La terapia in questi casi sarà dunque puramente palliativa e sintomatica. Nella antiflessione acquisita il viscere avrà bene spesso volume normale non solo, ma superiore alla norma e ciò in causa dell'origine dell' antiflessione stessa, la quale è ordinariamente determinata da metrite e parametrite posteriore. L'intasamento, l' infiammazione e la consecutiva retrazione cicatriziale delle pliche utero-sacrali traggono il collo all' indietro ed, a seconda dello stato del viscere, si avrà come conseguenza la antiflessione o la antiversione.

Cura.

Già tra le prime cure proposte per l' antiversione e l' antiflessione acquisita, trova posto la cura manuale, praticata però in modo ben diverso da quello praticato oggidì col massaggio. Si cercava di raddrizzare metodicamente il fondo dell' utero, sia premendo col dito sulla parete vaginale anteriore, sia introducendo nella cavità uterina una sonda la quale, flessa dapprima secondo la curvatura dell' asse uterino, si raddrizzava poi mediante un passo di vite. Queste cure praticate da taluno

anche oggidì, non riescono di grande giovamento perchè non si dirigono direttamente contro la causa dello spostamento. I pessarii, come quello a culla di Graily-Hevitt, quello di Hodge e quello a sbarra trasversale di Tarnier-Cuzzi furono qui pure adoperati con frequente vantaggio, quando si sia precedentemente curata la parametrite posteriore e la metrite parenchimatosa.

Per ciò che riguarda il massaggio, Brandt introduce l'indice sinistro nel retto, il pollice in vagina sul collo, poi afferrando l'utero fra queste due dita, spinge indietro colla destra, traverso la parete addominale, il fondo uterino. Introdotto poi l' indice in vagina, vi appoggia la parete posteriore del collo e fissa l'utero in questa posizione dall' esterno mediante l'indice (collo) e l'anulare (fondo) della destra, trattenendolo per qualche istante e cambiando così momentaneamente l'antiflessione o antiversione in retroversione. Con altro metodo invece il Brandt cerca di cambiare momentaneamente l'antiflessione in forte antiversione spingendo fortemente all' indietro il collo mediante l' indice collocato in vagina mentre la mano esterna preme in avanti ed in basso sul corpo uterino. Sia l'uno che l'altro di questi due metodi (io preferisco ed eseguisco il secondo), sono destinati a dare ottimi risultati quando si provveda attentamente anche alla malattia che ha causato la antiflessione. Ritengo il metodo di cura mediante il massaggio superiore, negli spostamenti anteriori a tutti i provvedimenti ortopedici.

Retroversione e retroflessione.

La retroversione, secondo lo Schultze è caratterizzata dalla posizione stabile all'indietro del fondo dell'utero, essendo l' organo disteso e non conservando che un lieve grado di flessione all'innanzi: la retroflessione invece è caratterizzata dalla stessa situazione dell' utero con una flessione dell'organo sulla sua superficie posteriore.

Si può dire che tutte le cause le quali agiscono rammollendo il tessuto uterino, aumentando il peso del viscere o la pressione addominale o determinando l'uno e l'altro di questi effetti contemporaneamente, possono determinare gli spostamenti all' indietro. Così mentre l'involuzione puerperale difettosa, la replezione abituale della vescica, o la

abituale costipazione, la parametrite posteriore, possono determinare retroflessione, la retroflessione stessa dispone alle menorragie, agli aborti, alle subinvoluzioni, ai prolassi, alle peri e parametriti, alle ovariti e periovariti ed ai prolassi dell'ovaio.

Cura.

Anche oggidì si può ritenere che la cura meccanica è la più usata negli spostamenti posteriori, e gran parte dei pessarii che furono proposti (quello di Hodge e quello a sbarra trasversale, nonchè quello a cifra otto) servono egregiamente alla cura di questo spostamento. Non devesi però mai dimenticare che la riduzione deve sempre precedere l'applicazione del pessario e che questo non ad altro deve provvedere fuorchè a mantenere la riduzione previamente ottenuta. « È un errore assai diffuso, dice lo Schultze, il credere che l'utero possa, mediante un pessario, venire ricondotto dalla situazione anormale alla normale. Il pessario Hodge fu presentato con queste promesse. Non vi ha pessario che possa produrre questo effetto. La situazione normale dovrà essere ristabilita dalla manovra bimanuale ed allora soltanto il pessario potrà fissarla. »

Con queste parole, il ginecologo tedesco alludeva chiaramente alle manualità di riduzione che si praticano mediante il massaggio e che vengono per necessità praticate anche da quei ginecologi che non hanno voluto accettare il massaggio fra i metodi terapeutici loro abituali.

Molti sono i metodi di riduzione proposti dal Brandt a seconda del volume e della consistenza del viscere e della resistenza dei suoi attacchi posteriori, condizioni che si devono ben conoscere prima di intraprendere il raddrizzamento. Bisogna sopratutto che l'utero sia sempre libero da aderenze.

1.° Riduzione retto-vaginale (Omkastning). Questa si preferisce quando l'utero è grosso, e viene praticata in decubito ventrale nel solo caso di gravidanza, altrimenti si pratica in piedi. La donna si appoggia all'operatore, questi introduce l'indice sinistro nel retto mentre il gomito poggia sul ginocchio omonimo e spinge dapprima il dito quanto più in alto è possibile fino a superare il terzo sfintere. Allora preme in avanti mentre il pollice introdotto in vagina spinge dolcemente il collo in alto

ed all'indietro e la manovra viene continuata fino a quando l'utero riesca in antiversione.

2.° (Klemming). Si applica, traverso la parete addominale, la mano destra sul fondo uterino, l'indice e il mignolo sui lati in modo che esso non possa sfuggire lateralmente, poi coll'indice sinistro introdotto in vagina, si spinge l'utero in alto, mentre si cerca man mano di introdurre le dita della mano destra dietro il fondo.

3.° (Redressionstrycket). Quando l'utero non si sia potuto ridurre colle manovre precedenti, si introduce l'indice sinistro quanto più in alto è possibile nel fornice posteriore, e si solleva con esso l'utero nella direzione della parete addominale. Colle dita della mano destra appoggiate sull'addome, colla punta in basso direttamente al disopra della sinfisi, si spinge l'istmo uterino all'indietro. L'indice sinistro lascia allora la parete posteriore del collo per appoggiarsi sull'anteriore, dove incontra le dita della mano destra. In questo momento le due mani, agendo simultaneamente, spingono il collo indietro ed in alto, poi, mentre l'indice sinistro fissa l'utero, la mano destra passa al di dietro del fondo e lo spinge all'innanzi.

Il Prochownick dice che, salvo questo terzo metodo, nulla ha potuto trovare nelle manovre di Brandt, di più utile e più nuovo del nostro metodo bimanuale. Inoltre egli fa alcune osservazioni importanti che torna utile di citare. Anzitutto opina che la massima parte delle retro-deviazioni uterine non costituiscano un'affezione speciale e non siano che un sintomo complicante un altro stato morboso.

Inoltre, contrariamente all'opinione di Scanzoni, e di molti altri ginecologi anche moderni, egli non pensa che basti nella retroversione il provvedere sintomaticamente a sollevare le ammalate senza occuparsi di ristabilire la posizione normale dell'organo, prima perchè in un gran numero di ammalate la retro-deviazione costituisce la malattia principale, la quale non può sparire che ristabilendo la posizione normale dell'organo (retroflessione per atonia), ed in secondo luogo per la grande facilità che hanno a recidivare le ammalate le quali abbiano ottenuto un miglioramento sintomatico.

Esaminate adunque accuratamente, ed ove occorra nella narcosi, le ammalate e stabilito con ogni precisione il diagnostico, respinge in modo assoluto sia il raddrizzamento mediante l'isterometro (che deve

servire esclusivamente alla diagnosi ed alla misurazione), sia le manovre violente di raddrizzamento forzato (che chiama brutali), e che sono appunto pericolose per gli ottimi risultati che danno in molti casi e per la eccessiva confidenza che inducono nel ginecologo.

Così, per via di esclusione, viene a dare decisa preferenza al massaggio che evita ogni pericolo. Ecco infine le di lui conclusioni definitive:

« Nelle deviazioni che riconoscono per causa il rilasciamento dei legamenti sacro-uterini, il massaggio non ha che un debole effetto, ma in tutte le altre deviazioni che si complicano ad essudati infiammatorii d'ogni sorta, il massaggio deve essere considerato come il metodo che, senza pericolo alcuno, dà i risultati migliori e più durevoli che qualunque altro processo. Il massaggio (che si sospenderà ove i dolori od i fenomeni febbrili lo impongano), può guarire in modo assoluto o relativo buon numero di ammalate risparmiando loro atti operativi. Il pessario servirà come mezzo complementare per mantenere i buoni risultati ottenuti. Il massaggio guarisce ancora, assai più che qualunque altro metodo terapeutico, molte ammalate che possono far a meno di pessario. La durata della cura è breve, da cinque a sei settimane per le ammalate della clinica, e due mesi per quelle dell'ambulatorio. »

E dopo queste conclusioni così assolute, così recise del Prochownick, io credo di potermi dispensare dal trarre conclusioni mie proprie e di potere almeno, per questa parte del mio lavoro, ritenere non accettabile l'aforisma citato dal Gelli in fine della sua memoria (1):

Ars longa, experientia fallax, judicium difficile.

Metrite ed endometrite.

Tutti gli autori concordano nel ritenere assai rara la metrite acuta, ed è infatti una malattia che si presenta raramente all'esame del ginecologo e che per i fenomeni di acuzie che l'accompagnano, non è suscettibile di venire trattata col massaggio.

---

(1) Dott. Gino Gelli. « Contributo allo studio e alla pratica del massaggio dell'utero. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia.* N. 10, 1890.

Divergono invece assai le opinioni riguardo alla metrite cronica. Il Winckel non ha potuto, nella sua ricca raccolta di autopsie, valutarla ad una frequenza maggiore del 4 0[0 e mentre taluni ammettono che la metrite cronica sia d'ordinario legata ad altri stati infiammatorii, il Norstrom (1) e l'Jackson (2) citano casi di metrite semplice indipendente da ogni altra affezione degli organi genitali muliebri.

Tuttavia per ciò che riguarda le cause, il Norstrom è troppo esclusivo quando assevera (pag. 35) che la metrite parenchimatosa cronica è la conseguenza ordinaria di una infiammazione acuta di origine puerperale. Altre cause, all'infuori di questa tutta speciale, possono a lungo andare, determinare la metrite cronica (accompagnantesi di solito ad endometrite che si dovrebbe ritenere consecutiva). Tali sono la masturbazione, la senilità precoce, l'azoospermia del marito e quindi il coito interrotto durante molto tempo per evitare la gravidanza.

Io ritengo inoltre che le congestioni mestruali prolungate, che si verificano negli uteri affetti da stenosi cervicale, possano, a lungo andare, essere causa di metrite parenchimatosa semplice. Anche in queste forme fu proposto ed eseguito con risultati buoni il massaggio. Devo però far notare che non avendo, stante la notevole rarità della malattia, esperienza propria al riguardo, ritengo ragionevole la condotta del Prochownick, il quale cura la metrite parenchimatosa colle altre affezioni concomitanti e se si tratta di metrite cronica semplice, si limita a togliere la causa speciale che l'ha determinata e di solito praticare irrigazioni calde vaginali.

Per ciò che riguarda l'endometrite, da qualunque causa essa provenga, nessuna cura ha dato, in un grandissimo numero di casi da me osservati nel Comparto Ginecologico dell'Ospedale Maggiore, risultati più pronti, più sicuri e più durevoli della dilatazione rapida alla Hegar e del raschiamento totale della mucosa seguito per tre o quattro volte alla distanza di due in due giorni, da abbondante lavatura dell'endometrio, con una soluzione antisettica alquanto forte (sol. fen. 5 0[0 oppure sol. subl. corr. 1 0[00).

---

(1) Norstrom. Opera citata.

(2) Jackson. *American journal of obstetrics*, 1880.

Ciò che ha di veramente razionale questa cura che distrugge gli strati superficiali della mucosa ed agisce energicamente sui più profondi, s'impone a priori, mentre gli splendidi risultati anche remoti in una malattia soggetta tanto facilmente a recidiva, la fanno addottare definitivamente da chi, anche per poco, l'abbia esperimentata.

Parametrite cronica.

(INFIAMMAZIONE CRONICA DEL CELLULARE PELVICO).

Si può dire che in nessuna malattia dei genitali muliebri e forse anche in nessuna della patologia generale chirurgica, il massaggio, metodicamente praticato, dia risultati così buoni come nella parametrite cronica.

Questa lesione, che è una delle più frequenti dell' apparecchio genitale femminile, si accompagna di solito a lesioni molteplici che sorprendono ed arrestano l' utero nella propria involuzione, alterano la posizione normale dei singoli organi e cagionano alle pazienti notevoli sofferenze che si esplicano con dolorabilità e cattivo funzionamento di organi lontani.

Le cure attuate prima che venisse proposto il massaggio si riducono alle solventi generali e locali, con risultati non sempre buoni, ma sempre lentissimi.

Per ciò che riguarda il massaggio, la massa essudativa che occupa talvolta tutta la regione sottombelicale ed involge in un unico tumore utero ed annessi, deve sempre venire attaccata dalle sue parti più esterne. La mano destra del ginecologo deve premere la massa con movimenti circolari contro il dito interno o contro qualcuna delle parti ossee del bacino, evitando il più che è possibile ogni dolore alla paziente. Non si deve dimenticare che il dito interno serve esclusivamente di appoggio e di guida alla mano operatrice. Le prime sedute riescono di ordinario più dolorose e debbono essere più brevi e talvolta a giorni alterni: le successive possono avere più lunga durata e seguirsi rapidamente.

Quando il massaggio sia ben praticato si osserva l'essudato sciogliersi rapidamente, *assai più rapidamente che con qualunque altra cura*. Gli

organi sorpresi nella loro involuzione e spostati, si involgono e riprendono la loro posizione fisiologica, cessano i fenomeni di endometrite e di costipazione che indicavano le molestie esercitate dall'essudato sull'utero e sull'intestino, cessa il frequente bisogno di mingere e le pazienti stesse fanno notare al ginecologo i quotidiani miglioramenti.

Nelle parametriti croniche circoscritte con retrazioni cicatriziali che succedono alle infiammazioni acute del cellulare pelvico, il massaggio è pure l' ottimo dei rimedii. La distensione delle aderenze si pratica di solito nella stazione eretta: per le anteriori, essendo la donna in piedi, il ginecologo, introdotto il pollice sinistro nel fornice anteriore, sollevando lievemente la propria gamba sinistra su cui poggia il gomito, esercita una pressione lenta e continua, mai rapida e brusca, sull'aderenza. Poi dopo qualche minuto, cessata la pressione la ripete in avanti e sui lati.

Dopo qualche seduta Brandt usa, nel decubito dorsale portare il pollice nel fornice posteriore e sollevare il corpo uterino in avanti e verso la linea mediana per opera della mano interna, mentre l'esterna cerca di respingere l'utero all'indietro e di allontanarlo dalla sinfisi.

La distensione delle aderenze e delle retrazioni cicatriziali interessanti l'utero si fa nella stazione eretta, quelle interessanti le ovaje e le trombe esigono l'impiego di ambedue le mani e per questo il massaggio non si potrà fare che nel decubito orizzontale.

Supponiamo che l'aderenza interessi il legamento largo di destra; allora essendo la donna in piedi si introduce il pollice in vagina e spingendo lentamente e gradatamente il collo verso sinistra, si distende la parte inferiore dell' aderenza, poi si porta il dito in alto nel fornice opposto e spingendo verso destra il collo si cerca di portare il corpo dell'utero alquanto a sinistra e così si distende la parte superiore dell'aderenza. Tutti questi movimenti devono essere eseguiti in modo lento e con grande dolcezza per non esporsi a rotture capillari. In fine, coricata la donna si cerca di eseguire, premendo dall'avanti all'indietro sul collo col dito interno e dall' indietro all' innanzi infossando la mano esterna al didietro del corpo, un movimento di spostamento all'innanzi di tutto l'utero.

A questo movimento si fa seguire il massaggio dei legamenti, che vuol pure esser praticato con grande precauzione e delicatezza ed essere di breve durata.

Ho ommesso a disegno di parlare degli altri metodi terapeutici usati nella parametrite, anzitutto perchè sono scarsi e di dubbia efficacia, ed in secondo luogo perchè ormai tutti quelli che hanno praticato il massaggio nelle parametriti ne riconoscono la grande superiorità terapeutica in confronto di tutti gli altri metodi adoperati.

È certo che è utile ed opportuno coadiuvare il massaggio con altre pratiche, sicchè ad esempio io uso, in ispecie dopo le prime sedute che sono alquanto dolorose, applicare un tampone di ittiolo (ittiolo 10-15, glicerina 85-90) del cui valore analgesico nessuno ormai pensa più a dubitare. Inoltre quando il riassorbimento dell' essudato sia già iniziato e le sedute procedano regolarmente, faccio praticare una o due irrigazioni quotidiane di acqua previamente bollita a t. di 42° 50° secondo tolleranza.

Perimetrite cronica.

PELVIPERITONITE.

Raccolte salpingitiche.

La perimetrite è l'infiammazione diffusa o circonscritta del rivestimento peritoneale degli organi genitali, dovuta d'ordinario alla diffusione di germi patologici traverso gli orifici tubarici, a rottura spontanea di raccolte cistiche o purulente e talvolta, ma assai più raramente, a diffusione della infiammazione dal cellulare pelvico sottostante.

È una malattia frequentissima, tantochè il Prochownick non esita a dire che circa il 20 per cento delle donne ne sono affette, sia nelle forme più lievi e circoscritte che vengono raramente diagnosticate, sia in quelle più gravi che conducono talvolta assai rapidamente a morte. Fino a questi ultimi anni si era stati assai dubbiosi circa l' indirizzo terapeutico da adottarsi in queste forme e si può dire che il riposo, le applicazioni addominali calde o fredde e l' uso interno od esterno di torpenti, abbiano volta a volta o contemporaneamente tenuto il campo.

Non è poi molto tempo che le operazioni laparotomiche, destinate a togliere aderenze dolenti, ad evacuare raccolte incistate ed a togliere tube rese impervie dalla infiammazione e contenenti talvolta liquidi settici, danno risultati che si possono considerare soddisfacenti. E non

sono ancora oggi rarissimi i casi nei quali l'asepsi più scrupolosa e gli interventi operativi degli operatori più abili vengono frustrati dalla setticità dei liquidi contenuti nelle raccolte saccate o nelle cisti tubariche dei quali una goccia sola che si versi nel peritoneo, simile a coltura concentratissima di germi settici, dà luogo a fenomeni rapidamente mortali.

È per questo che un mezzo non pericoloso, non eccessivamente doloroso, che non dia luogo a quei timori che sempre precedono e seguono nelle ammalate ed in chi le circonda, i grandi atti operativi, risponderebbe ad un desiderio al quale nessun ginecologo oggi ancora si potrebbe sottrarre.

Questo mezzo lo abbiamo noi nel massaggio? Senza voler accettare l'esclusivismo di taluni che respingono senz' altro come pericoloso il massaggio nelle perimetriti, accogliendo pur anche l' opinione di Prochownick, « che perfino nelle affezioni blenorragiche è possibile in talune pazienti di fare il massaggio impiegandolo colla più gran cura, » si deve riconoscere che ci serviamo di un provvedimento terapeutico del quale, in queste circostanze, non possiamo misurare tutta l' importanza e la forza. È noto infatti come, in un grande numero di pazienti, il dolore che accompagna le esplorazioni diagnostiche sia tale da rendere impossibile al ginecologo di formarsi un esatto concetto della lesione.

A questa dolorabilità eccessiva vanno frequentemente compagne le turbe nervose riflesse, le quali in taluni casi assumono importanza notevole e tale da consigliare la sospensione di ogni esame o la di lui attuazione nella narcosi.

E nella narcosi infatti, procedendo con cautela, possiamo esaminare attentamente queste ammalate e trarne non solo giudizii diagnostici e curativi, ma bene spesso pronostici sufficientemente esatti. Tutto questo però crea poi la impossibilità assoluta a curare queste pazienti mediante il massaggio, perchè bisognerebbe ricorrere alla narcosi ad ogni seduta, e la narcosi a sua volta avrebbe il danno di non permettere alle donne di illuminarci sulla sede e gravezza del dolore e quindi di rendere perciò solo sconsigliabile ed imprudente il massaggio.

Tutto ciò che ho fatto osservare qui sopra non ha per effetto di respingere senz' altro questo provvedimento curativo. Colla più grande dolcezza, senza provocare dolori, sospendendo la seduta appena si scorga

nelle pazienti il menomo segno di sofferenza e cessando per parecchi giorni ed anche totalmente dalle sedute quando si noti reazione febbrile od altro segno di rinnovazione o di riacutizzazione del processo morboso, si può tentare il massaggio. Ho detto *tentare* perchè, nell'eseguirlo, altrettanto le manovre devono essere delicate quanto la osservazione attenta e continua e il benessere delle pazienti, e la diminuzione delle tumescenze ci daranno agio a continuare perseverando, ma serbando sempre le più attente precauzioni, nella via intrapresa.

La pratica del massaggio in questi casi ripete quella che si usa nelle parametriti, perchè il più spesso le ovaie e le trombe saranno conglobate in un essudato. Tuttavia quando si debba praticare il massaggio su una tromba isolata, si comincierà dal farlo nella sua parte più vicina all'utero, cercando così di svuotarne le porzioni più interne e rendere più facile il massaggio delle porzioni successive più esterne verso le quali il dito dovrà man mano procedere. Talvolta, al finire della seduta o poco dopo, qualche contrazione uterina produce l'espulsione del liquido che era contenuto nella raccolta tubarica, e questi sono i casi più favorevoli. Sempre però si dovrà procedere colla più grande prudenza, fedeli al precetto: « primum non nocere. »

E qui torna utile il notare come sia erroneo il metodo tuttora in vigore presso alcuni ginecologi, di ridurre forzatamente nella narcosi l'utero retroverso in conseguenza di perimetrite cronica. La retroversione in questi casi non è altro che la conseguenza diretta della perimetrite e la riduzione forzata può dar luogo facilmente, colla rottura violenta delle aderenze, alla rinnovazione del processo infiammatorio, molto più quando l'abolizione della sensibilità e della mobilità nella paziente le rende impossibile di avvertirci quando la forza da noi adoperata sia eccessiva.

CONCLUSIONI.

Al principio delle esperienze, che intrapresi per cortese esortazione del mio maestro prof. Mangiagalli nel Comparto Ginecologico dell'Ospedale Maggiore e che servirono di base a questo mio lavoro, era mia ferma intenzione di associare allo studio del massaggio nella cura delle malattie ginecologiche, quello della ginnastica svedese.

Circostanze più forti della mia volontà mi costrinsero a rinunciare a questa seconda parte del mio studio quando mi accorsi che essa, oltrechè assai più irta di difficoltà pratiche nella cura delle malattie ginecologiche, era lungi dal formare un nesso indivisibile dalla prima, tantochè alcuni autori, come il Prochownick, se ne disinteressarono completamente. Non dispero però di potermi occupare ex professo anche della ginnastica svedese ed auguro a me stesso di poter compiere ben presto questo nuovo lavoro.

Esaminando ora sinteticamente e complessivamente i risultati che ottenni usando per parecchi anni il massaggio nella cura di svariate malattie ginecologiche, trovo che essi sono tali che nessun ginecologo ormai lo può respingere senza averlo sperimentato. Sopratutto nella cura delle malattie croniche, di quelle malattie che tante e bene spesso tanto poco giovevoli cure richiedono al ginecologo, è ormai doveroso di tentare una cura che può dare guarigioni insperate.

Al massaggio debbono per ora associarsi tutti quei provvedimenti che, inefficaci per sè soli a procurare la guarigione, possono tuttavia validamente coadiuvarlo. Così l'uso interno di medicamenti calmanti e solventi (segnatamente della codeina ad alta dose e degli joduri), le applicazioni vaginali di tamponi alla glicerina o alla glicerina ittiolata, le irrigazioni calde vaginali ed i bagni solventi fatti previa l'applicazione dello speculum da bagno.

Le cure fatte mediante il massaggio hanno fondamento razionale e scientifico perchè esigono una diagnosi attenta e precisa ed una osservazione continua ed accurata delle pazienti e perchè si dirigono veramente contro la causa della malattia.

Qui appunto si deve ricercare la ragione di molti insuccessi, sicchè vi sono per esempio prolassi inguaribili anche al massaggio, come nelle donne vecchie ed organicamente esaurite. In questi casi però neppure le operazioni più gravi, neppure la isterectomia può dare la guarigione, mentre talvolta questa guarigione la si ottiene col massaggio, il quale combatte il prolasso direttamente nella sua causa che si potrebbe dire generale, che risiede nella diminuita resistenza, forse in un deperimento organico dei tessuti connettivi. Non è dunque il massaggio un avversario della ginecologia operativa nè di qualunque altra terapia ginecologica che viene a schierarsi in ordine di battaglia. È un mezzo sem-

plice, innocuo, alla portata di tutti, che viene a cercare il proprio posto nella terapia, non disdegnando, anzi domandando e giovandosi dell'appoggio di tutti gli altri.

Gli si conceda almeno l'esame attento e spassionato, l' esperimento scevro da preconcetti e sopratutto da sciocche e ridicole accuse di immoralità.

Ed ora mi sia dato, nella chiusa di queste mie note, di volgere almeno una parola di ringraziamento al prof. Mangiagalli, da cui nel lungo e non facile lavoro, ebbi incoraggiamenti, aiuti d' ogni sorta e preziosi consigli.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

Ovariotomia nella gravidanza e dopo il parto

PER IL

PROF. LUIGI MANGIAGALLI

Data la complicanza di un tumore ovarico colla gravidanza, si possono presentare al clinico molteplici problemi. Conviene attendere il parto e decidere il da farsi a norma delle indicazioni che possono presentarsi durante questo, fare la puntura del tumore, o interrompere la gravidanza, o praticare l'ovariotomia? Numerosi lavori dimostrano i pericoli dell'aspettativa ed i risultati poco confortanti sia della puntura del tumore nel corso della gravidanza, sia della interruzione di questa. Acconci (1) che in una tesi elaborata ha esaminato le questioni accennate, cita opinioni autorevoli e riporta molte statistiche che mettono in evidenza gli uni e gli altri. Basti il citare quella relativamente recente di Remy (2), secondo la quale coll'aspettativa si ebbe la mortalità materna del 23 0[0, quella fetale del 39 0[0; colla puntura 5 morte sopra 59 donne, nelle quali vennero praticate 95 punture; colla interruzione della gravidanza 3 donne morte sopra 11 e 5 feti morti. Di fronte a tali risultati disastrosi non è a meravigliare che l'ovariotomia eseguita durante la gravidanza acquistasse sempre più favore fra gli ostetrici. Proposta, a quanto pare, da Merriman nel 1817, praticata per la prima volta inconsciamente da Burd nel 1846, deliberatamente da Atlee nel 1850,

(1) ACCONCI LUIGI. « Dei cistomi ovarici in rapporto colle funzioni generative. » Milano, Tipografia Rechiedei, 1889.

(2) REMY. « De la grossesse compliquée de kyste ovarique. » Paris, 1886.

non era stata eseguita che 14 volte nel 1877, a quanto riferisce Olshausen nella sua classica opera « Sulle malattie delle ovaie. » Dsirne (1) nel più completo e recente lavoro (1892) sull'argomento che io conosca, ne raccolse 135 casi. In esso non figurano che tre casi italiani, quelli di Chiara, di Angelini, di Calderini, mentre altri sei casi riferisce Acconci nella tesi citata, uno recentemente Valerani (2) e due Calderini (3), a tacere di alcuni altri casi editi ed inediti, non volendo qui redigere una statistica italiana.

Dal punto di vista della questione che ci occupa sono interessantissime due tavole statistiche che ci porge lo Dsirne riguardo alla mortalità dell'ovariotomia nelle varie epoche della gravidanza e al procento delle interruzioni di questa per il fatto della operazione. Riassumo tali risultati nel seguente quadro :

Mese della gravidanza	Mortalità	Interruzione della gravidanza
2	8.3 0[0	45.5 0[0
3	0 »	14.3 »
4	4.7 »	9.5 »
5	18.2 »	40.0 »
6	10.0 »	36.3 »
7	0 »	60.0 »
8	16.7 »	40.0 »
9	0 »	100.0 »

Per quanto, per il diverso numero dei casi operati in ciascun mese, non si possa trarne corollarii assoluti, sono però indubbiamente giuste le conclusioni che ne trae l'autore, che cioè la complicazione della gravidanza con un tumore ovarico indica quasi senza eccezione l'ovariotomia, che la prognosi è tanto più favorevole per la madre e per il feto quanto più precocemente l'operazione viene praticata, che questa deve ad ogni modo eseguirsi anche negli ultimi tempi della gravidanza, quando non se ne abbia avuto prima l'opportunità.

---

(1) J. Dsirne. « Die Ovariotomie in der Schwangerschaft. « *Arch. f. Gyn.*, Band. XLII, H. 3.

(2) « Due laparotomie in corso di gravidanza. » *Gazzetta Medica di Torino*, N. 18, 1893.

(3) « Laparotomie. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, ottobre 1893.

Sopra circa 150 ovariotomie da me operate, avendone praticate 5 in gravidanza e 11 nel periodo puerperale, credo opportuno qui riassumerle, non solo come non trascurabile contributo italiano allo studio della questione, ma altresì per gli utili confronti che si possono fare tra l'ovariotomia praticata in gravidanza e quella eseguita dopo il parto e per i corollarii che se ne possono trarre.

OVARIOTOMIA IN GRAVIDANZA.

Osservazione I.

C... Maria, d'anni 36, di Bulciago, entra nell'Ospedale il 14 novembre 1888. È gravida per la 7.ª volta, nel 4.° mese, ed il tumore che complica la gravidanza, di sviluppo recente, raggiunge l'apofisi ensiforme mentre l'utero gravido è ricacciato nella fossa iliaca sinistra. *Diagnosi: Cistoma ovarico sinistro complicante la gravidanza in 4.° mese.* Ovariotomia il 26 novembre 1888. Aderenze omentali estese. Guarigione. La gravidanza continua fino all'ottavo mese.

Osservazione II.

G... Maria, d'anni 33, VIIIpara, di Legnano, entra nell'Ospedale il 29 luglio 1890. *Diagnosi: Enorme cisti uniloculare sinistra che complica la gravidanza nel corso del 6.° mese.* La diagnosi sospettata viene confermata dall'esame clinico e microscopico di una porzione di liquido estratto con puntura capillare. Ovariotomia il 6 agosto 1890. Nessuna complicanza operatoria. Guarigione rapida. La gravidanza continua regolarmente.

Osservazione III.

V... Ernesta, di anni 24, di Milano, IVpara, entra nell'Ospedale il 30 giugno 1893. Verso la fine del settimo mese di gravidanza è colta improvvisamente da dolori, vomito, fenomeni peritoneali, a cui segue febbre altissima oscillante attorno ai 40.° Trasportata nell'Ospedale, in condizioni molto gravi, si stabilisce il diagnostico di *cisti ovarica destra complicante la gravidanza nel 7.° mese con suppurazione della cisti, primitiva o secondaria a torsione del peduncolo, peritonite, setticemia.* Non essendovi alcun segno di travaglio, il 1.° luglio, aggravandosi sempre più le condizioni dell'ammalata, si procede alla laparotomia, la quale rileva suppurazione e rottura di una cisti infraligamentaria destra con

peritonite diffusa. Non si può pensare a marsupializzzare la cisti per la concomitante peritonite settica. Si procede perciò alla enucleazione che richiede il sacrificio dell' utero, previa estrazione di un feto vivo col taglio cesareo. Lavatura peritoneale. Fognatura alla Mickuliks. Morte per schock nello stesso giorno.

Osservazione IV.

M. Palmira, di 22 anni, di Milano, IIpara, entra nell'Ospedale il 3 agosto 1893. La prima gravidanza terminò con un aborto nel 3.° mese del dicembre 1892. Già allora si era accorta di un piccolo tumore addominale. *Diagnosi attuale: cistoma ovarico sinistro del volume di una testa complicante la gravidanza nel 5.° mese.* Ovariotomia senza complicanze l'8 agosto 1893. Guarigione rapida. La gravidanza continua.

Osservazione V.

P. Maria d'anni 21, di Caronno, Ipara, entra nell'Ospedale il 1.° novembre 1893. È gravida nel terzo mese e chiede ricovero per dolori vivi e vomito. L' esame rileva l' associazione alla gravidanza di una cisti ovarica destra del volume di una testa fetale. Ovariotomia il 18 novembre 1893. Operazione senza complicanze. Guarigione rapida senza interruzione della gravidanza. Il vomito però non cessa, diventa anzi *incoercibile.* La posizione di Trendelenburg e l' applicazione di un pessario di Graily-Hewitt, onde togliere la lieve concomitante antiflessione, non servono ad infrenarlo. Riescono pure infruttuosi la dilatazione ripetuta col metodo di Copeman, nonchè tutti i mezzi farmaceutici messi in opera, per cui essendo l' ammalata ridotta ad uno stato di estrema emaciazione e di prostrazione gravissima che destava grandi apprensioni, si procede all'estrazione rapida dell' uovo facendo la dilatazione e il raschiamento il 15 dicembre 1893. Il vomito persiste, l' esplorazione, praticata il 17, rileva nel canale cervicale frammenti di uovo. Si procede nuovamente alla dilatazione ed al raschiamento e vuotata completamente la cavità uterina, *il vomito cessa per incanto*, le forze riprendono rapidamente, e l' undici gennaio 1894, l' ammalata viene dimessa in ottime condizioni di salute.

OVARIOTOMIA DOPO IL PARTO.

Questo capitolo comprende le operazioni praticate poco tempo dopo il parto, di tumori ovarici che erano già stati constatati nel corso della gravidanza o subito dopo il parto.

Osservazione I.

N. M., Vpara. L'ultimo parto avvenne il 23 giugno 1882 prematuramente nel 7.° mese. Nell'ultima gravidanza il ventre era molto più voluminoso. Dopo il parto, *a più riprese*, fenomeni di peritonite e di schock. *Diagnosi: Cisti ovarica sinistra con torsione del peduncolo avvenuta dopo il parto.* Ovariotomia il 29 agosto 1882. Siero sanguinolento nel peritoneo, emorragia endocistica, due giri e mezzo di torsione del peduncolo. Guarigione.

Osservazione II.

B. Carolina di Gallarate, presentasi il giorno 12 aprile 1889, gravida ed affetta da tumore ovarico già operato 3 volte di paracentesi. Si rifiuta ad ogni intervento ed esce. Ma ritornò il 29 giugno in 17.ª giornata di puerperio dopo di aver subito a domicilio una quarta paracentesi cui subito susseguì il parto prematuro. Presenta grado estremo di emaciamento, polsi filiformi e temperatura altissima. *Diagnosi: Cisti ovarica suppurata in puerperio con setticemia.* Ovariotomia, estese aderenze parietali ed intestinali. Contenuto purulento. Morte il giorno 8 luglio 1889.

Osservazione III.

P. Luigia di Milano, viene trasportata il 16 novembre 1890 da una sala medica, previo consulto, quasi agonizzante. Puerpera da 12 giorni. Dopo il parto il ventre non era ritornato alle solite dimensioni. *Diagnosi: Cisti ovarica con probabile rottura della cisti al momento del parto, peritonite successiva.* Catarro bronchiale diffuso. Ovariotomia lo stesso giorno dell'ingresso. Malgrado le gravissime condizioni la donna guarì, uscì il 18 dicembre 1890.

Osservazione IV.

V. Edvige di Nova, entra il 7 maggio 1891. Ha partorito da due mesi, da quell'epoca ebbe sempre febbri, è in condizioni miserevoli. T. 40. *Diagnosi: Cisti ovarica suppurata.* Il 9 maggio si pratica l'ovariotomia. Solo in sesta giornata insorgono fenomeni di sepsi peritoneale. Si riapre la cavità e si pratica il lavaggio del peritoneo e fognatura. Muore 3 giorni dopo.

Osservazione V.

O. Giuseppa, di Meda, entra il 24 giugno 1891, è ancora nel periodo puerperale. Si fa *diagnosi di cisti ovarica destra suppurata con*

torsione del peduncolo. Ovariotomia il 30 giugno. Oltre alla suppurazione e torsione eranvi vaste aderenze omentali e peritoneali lombari. Guarita, esce dopo 19 giorni.

Osservazione VI.

B. Emilia di Trenno, entra il 17 ottobre 1891. Ha partorito da due mesi. Tanto prima che dopo il parto, l'addome si era mantenuto di proporzioni anormali. *Diagnosi: Tumore ovarico preesistente in gravidanza. Suppurazione della cisti in puerperio, peritonite da torsione del peduncolo.* Ovariotomia, aderenze omentali. La torsione aveva 3 giri ed il peduncolo esile era prossimo a staccarsi; il contenuto era purulento. Lavatura. Drenaggio. Guarigione.

Osservazione VII.

G. Virginia di Golasecca, entra il 28 febbraio 1892. Nell'ultima gravidanza fenomeni di dispnea gravi che richiesero la paracentesi con esito di 15 litri di liquido oleoso il 29 gennaio 1892. Il parto avveniva spontaneamente il giorno dopo, in puerperio fu di nuovo operata di paracentesi. *Diagnosi: Cisti ovarica destra suppurata.* Ovariotomia il giorno 2 marzo. Aderenze parietali. Contenuto puriforme. Lavatura. Drenaggio. Usciva guarita il 31 marzo.

Osservazione VIII.

Bal. Anna, entra il 26 di febbraio 1892. Dopo l'ultimo parto al 30 dicembre 1891, l'addome non si restituì alle normali proporzioni, insorsero dolori addominali assai vivi con febbre. *Diagnosi: Cisti ovarica destra suppurata.* Ovariotomia addì 2 marzo. Estese e fitte aderenze. Contenuto purulento 12 litri. Laborioso il distacco delle aderenze intestinali, ed in peculiar modo quello della cisti dalle pareti addominali. Lavatura. Drenaggio. Guarita, usciva il 23 marzo 1892.

Osservazione IX.

B. Costanza, entra il 7 giugno 1893. Parto addì 20 marzo: in 15.° giorno di puerperio insorsero segni di peritonite. *Diagnosi: Tumore ovarico suppurato in puerperio.* Addì 7 luglio ovariotomia. Tenacissime aderenze parietali ed intestinali. Contenuto puriforme fetente. Laborioso distacco delle aderenze che per l'intestino riesce a spese delle fibre più superficiali della tonaca muscolare. Lavatura peritoneale. Drenaggio. Usciva guarita il 6 agosto 1893.

Osservazione X.

B... Maria entra il 24 agosto 1893. Ultimo parto 27 giugno 1893, dopo il quale l'addome rimase tumido e dolente; da pochi giorni insorse la febbre. *Diagnosi: Cisti ovarica sinistra suppurata in puerperio con torsione del peduncolo e peritonite.* Ovariotomia il 26 agosto 1893. Liquido sanguinolento in alcune sacche, purolento in altre, pareti della cisti necrotiche. Usciva guarita il 17 settembre 1893.

Osservazione XI.

Ri... Giuditta entra il 17 dicembre 1893. Aborto al 3.° mese, al giorno 11 novembre. Nessun sintomo allarmante, sempre apiretica. *Diagnosi: Cistoma ovarico destro in puerperio.* Operata il 29 dicembre 1893 di ovariotomia; liquido filante colloideo sanguinolento, nessuna complicazione degna di nota. Non lavatura, non drenaggio. Usciva guarita il 4 febbraio 1893.

I fatti esposti sono per sè stessi così eloquenti, che non abbisognano che poche parole di commento.

Nel corso della gravidanza vennero praticate cinque ovariotomie di cui quattro in periodi relativamente poco avanzati con 4 guarigioni, e nessuna interruzione della gravidanza dovuta alla operazione stessa. L' esito letale della quinta deve attribuirsi alla suppurazione e rottura della cisti ed alla conseguente peritonite generale, accidenti ai quali l'operazione non potè rimediare. Tale fatto non serve che a confermare luminosamente l'indicazione della ovariotomia nel corso della gravidanza in periodi relativamente precoci, prima che insorgano alterazioni delle cisti od accidenti tali da rendere molto più grave il pronostico dell'intervento operativo. È notevole come in un caso (oss. 5.ª) si abbia avuto vomito incoercibile. Nella ricca statistica di Dsirne non trovo che un caso simile, quello di Atlee nel quale si ebbe la morte dopo 30 giorni dalla operazione per inanizione consecutiva a vomito infrenabile. È mia convinzione che uguale sorte sarebbe toccata alla malata della osservazione 5.ª senza il pronto svuotamento dell'utero, così grande era l'emaciamento e così minacciosi i sintomi della inanizione.

L' ovariotomia non parmi però possa considerarsi come causa del

vomito incoercibile sia perchè il vomito preesisteva, sia per il decorso veramente tipico post operatorio, sia perchè la posizione dell' utero non era stata in alcun modo modificata, sia infine, perchè il vomito si fece grave quando la guarigione *per primam* era già avvenuta. Il vomito deve per ciò considerarsi come una accidentalità alla cui produzione l'ovariotomia non ha punto contribuito.

Se ora noi volgiamo lo sguardo alle ovariotomie eseguite nel periodo puerperale vediamo svolgersi dopo il parto i seguenti accidenti:

Torsione del peduncolo e fatti peritonitici	N. 2
Torsione del peduncolo e suppurazione	» 2
Suppurazione della cisti	» 5
Rottura della cisti e peritonite	» 1
Emorragia endocistica	» 1
Totale	N. 11

Quando pure si rifletta che in due casi venne a domicilio praticata la paracentesi e può quindi attribuirsi a questa la suppurazione della cisti, resta sempre un numero imponente di gravi accidenti, che non possono attribuirsi che alla influenza del parto e del puerperio. Ciò è tanto più degno di nota in quanto, che sopra 150 ovariotomie soltanto 16 volte ebbi ad osservare la suppurazione della cisti, accidente che per la metà dei casi si ebbe perciò a verificare nelle cisti operate *post partum*.

L'indicazione della ovariotomia nel corso della gravidanza e possibilmente nei primi cinque mesi, viene così luminosamente confermata. Non solo essa permette, se praticata in detto periodo di tempo, una prognosi favorevole dal doppio punto di vista materno e fetale, ma acquista una vera e propria importanza profilattica, evitando la facile insorgenza di serie complicanze e di formidabili accidenti, sia alla fine della gravidanza, sia durante il parto, sia nel corso del periodo puerperale.

RASSEGNA

Dott. Tullio Rossi Doria. — **Contributo allo studio del tetano puerperale, specialmente in rapporto alla diagnosi batteriologica.** — *Il Policlinico,* vol. I. C., fasc. II.

L'A. espone un caso di tetano puerperale clinicamente assai poco definito (studiato da lui coll'applicazione di tutti i mezzi attualmente acquisiti dalla scienza per lo studio di tale malattia infettiva), per cogliere l'occasione di fare un cenno storico delle questioni che ad esse si riferiscono e per esporre criticamente i diversi metodi usati per la diagnosi batteriologica del tetano. Ne deduce poi alcune considerazioni epidemiologiche, terapeutiche e profilattiche.

Risulta in prima linea dalle sue ricerche e dalle sue deduzioni che quello del *Sanfelice* è il solo metodo di ricerca cui non sfuggono i bacilli di Nicolaier, per quanto essi siano poco numerosi ed accompagnati da altri bacteri, giacchè con tale metodo si raccolgono grandi quantità di tessuto che si sospetta essere stato la via d'ingresso dell'infezione, e si pongono i bacilli nelle condizioni di elaborare grandi quantità di *tetanotoxina.* Ora, l'inoculazione di questo veleno ha tanto valore di dimostrazione quanto l'inoculazione di colture pure di bacilli tetanici, non essendovi altri bacteri sin qui conosciuti che producano sostanze tossiche che hanno i caratteri di quella. Il metodo di *Kitasato,* cui devesi attribuire grande importanza storica e scientifica come quello che, permettendo di ottenere il bacillo di Nicolaier in coltura pura, ha reso possibile la dimostrazione vigorosa del secondo e del terzo postulato di Koch, ha minor valore diagnostico, sia perchè nel prendere il materiale d'indagine colle norme da tal metodo suggerite può sfuggire appunto quello che ospita i rari bacilli, sia perchè la temperatura di 80° mantenuta per un' ora non vale a spegnere le altre forme batteriche che quasi sempre li accompagnano. Vero è che questa obiezione vale, in parte, anche pel metodo Sanfelice: i bacteri che si sviluppano nel brodo insieme a quelli del tetano possono pure fabbricare in grande quantità dei veleni che, iniettati poi negli animali, varranno almeno a rendere meno puro e talora anche a mascherare il quadro del tetano sperimentale (Impftetanus): a ciò si rimedia solo parzialmente facendo iniezioni ripetute di piccole dosi. Ad ogni modo risulta che, come per la diagnosi

batteriologica del tifo, del colera, ecc., così anche per quella del tetano occorre l'impiego comtemporaneo di tutti i mezzi escogitati.

Altre considerazioni dell'A. si riferiscono alla frequenza del tetano puerperale da lui, a ragione valutata maggiore di quello che comunemente credesi, sia per la difficoltà delle indagini relative, sia per la concomitanza di altre malattie a decorso rapidissimo e con localizzazioni nervose (uremia, forme setticoemiche) che possono anche nascondere i fenomeni tetanici. Dal punto di vista della terapia, rimanendo il bacillo di Nicolaier limitato al luogo d'innesto, potrebbe essere molto utile il raschiamento, però fatto assai presto, essendo la tetanotoxina un veleno che ha azione cumulativa sull'organismo.

Benchè l'A. stesso dica nella parte storica del suo lavoro di aver omesso volontariamente l'esposizione dei tentativi fatti prima del Kitasato per isolare il bacillo di Nicolaier, parmi non del tutto vano ricordare qui gli studi del dottor Emilio Parietti, assai immaturamente rapito alla scienza. Egli nel 1889, nell'aprile, quando appunto il Kitasato faceva la sua notevole comunicazione alla Società Chirurgica di Berlino, era riuscito a ottenere colture in cui erano soltanto il bacillo di Nicolaier e il *Clostridium foetidum*, e a dimostrare che tali culture erano capaci di riprodurre negli animali un tetano classico, mentre quelle contenenti solo il Clostridium non ne riproducevano sintomo alcuno. Così il Parietti dimostrava con grande evidenza l'importanza del bacillo di Nicolaier nell'eziologia del tetano.

Dott. Luigi Villa.

C. Von Noorden. — **Sul decorso del reumatismo articolare acuto durante la gravidanza ed il periodo puerperale.** — *Charité Annalen*, 1893, t. XVII, p. 185.

Basandosi sui fatti clinici osservati l'A. è convinto che la gravidanza e lo stato puerperale diano al reumatismo articolare un'impronta tutta speciale e rendano difficile la guarigione. In 9 gravide su 11 la malattia seguì un decorso particolarmente lento e si protrasse oltre il fine della gestazione. Si dovette ricorrere all'immobilizzazione di alcune articolazioni, e settimane e mesi passarono prima che la tumefazione ed i dolori si dissipassero. Negli intervalli sopravvennero leggieri attacchi interessanti altre articolazioni. Dopo la scomparsa delle manifestazioni acute si constatò in quasi tutti i casi, un'anchilosi della articolazione affetta per maggior tempo. L'A. usò sopratutto l'antipirina, perchè il salicitato di soda offre nelle gravide dei pericoli in ragione delle complicazioni renali così frequenti nel corso della gravidanza.

Dott. F. Villa.

Charles Clifford Barrows. — **Chirurgia conservatrice degli annessi dell'utero.** — *American Journal of Obstetrics and diseases of women,* dicembre 1893.

L'A. intende col suo scritto appportare un contributo alla chirurgia conservatrice degli annessi dell'utero. Comincia col rilevare come sia merito del Polk l'avere per il primo pensato ad operazioni che hanno per iscopo di preservare la funzionalità di organi così interessanti come sono quelli destinati, nella donna, alla riproduzione della specie. Egli insiste, come il Polk, nella necessità di praticare il raschiamento dell'utero seguito dal tamponamento della sua cavità in tutti i casi di lesione delle trombe e delle ovaie, essendo l'infiammazione di questi organi dovuta sempre a lesioni dell'utero, o della sua mucosa. Così egli ha praticato in tutti i casi di salpingite richiedenti un intervento operatorio. Il raschiamento può esser praticato immediatamente prima della laparotomia; più di una volta egli in una stessa seduta ed in non più di un'ora ha raschiato l'utero, riparato a lacerazioni della cervice e del perineo e *resecato* le trombe, o le ovaia, onde evitare una seconda eterizzazione dell'inferma. Usa sempre la posizione di Trendelenburg e non fa mai il lavaggio della cavità peritoneale, nè adopera drenaggi, mezzi ritenuti dall'A. vie d'entrata di germi, e viceversa atti a produrre un' altra volta adesioni degli organi.

Mentre il Polk ha ritenuto intervenire colla chirurgia conservatrice in casi di semplici salpingiti, di piccoli cisti ovariche, in cui parte dell'ovaio rimane integro, di idrosalpinge ed emato-salpinge, l'A. ha fatto un passo ancora più avanti, avendo cioè, egli trattato con successo cinque dei diciotto casi pubblicati, ed in cui trattavasi di pio-salpinge, coll'amputazione della tromba ad una certa distanza dal corno uterino e colla formazione dell'ostio addominale artificiale.

Quando l'infiammazione purulenta dall'utero si propaga alle trombe, queste, fatte più pesanti, cascano dietro nella pelvi, e l'infundibolo, per le adesioni che contrae coi tessuti circostanti, viene a chiudersi, adesioni che contrae coll'ovaio, coll'utero, coll'intestino e più sovente col pavimento della pelvi. Il drenaggio è quindi abolito, ed il pus si accumula nell'estremità addominale della tromba, distendendola. In alcuni casi, però, vi è una porzione di tuba per la lunghezza di un pollice e più, a partire dal corno uterino, che non è aumentata di volume, e di cui le tuniche, mucosa, muscolare e sierosa, sono relativamente, se non del tutto, poco infiammate. Se queste trombe vengono attentamente esaminate, si osserverà che la porzione sana è limitata dall'altra ripiena di pus da una specie di cingolo, che impedisce la comunicazione, mentre l'orificio uterino è pervio. Si

comprende quindi facilmente il perchè questa porzione di tuba non è stata coinvolta dal processo distruttivo purulento, cioè per essersi il pus della parte esterna incistato, mentre d'altro lato per il facile drenaggio colla cavità uterina essa ha potuto ritornare nella sua condizione normale.

In tali casi di piosalpinge, nei quali l'ovaio è sano e l'estremo fimbriato della tromba trasformato in sacca cistica, non aderente ad esso, l'A. amputò la tromba a livello dell' estremità esterna della porzione sana, la spacca per una breve distanza in alto, la disinfetta ed unisce con sottili fili di catgut la sierosa colla mucosa, formando in tal guisa un orificio addominale artificiale. La sutura della mesosalpinge viene praticata in modo da portare la nuova apertura addominale della tromba vicino, ma non in contatto coll'ovaio. Le aderenze periuterine vengono staccate, l'utero raschiato e tamponato con garza. Nei cinque casi così operati l'A. ha ottenuto ottimi risultati, le mestruazioni si fecero regolari ed i dolori cessarono completamente. Egli ha potuto constatare in una donna che aveva così operato, e che ha dovuto rioperare un anno dopo per ernia addominale, come gli annessi erano liberi da aderenza e sani, l'estremo fimbriato praticato artificialmente era aperto e l'ovaio resecato normale.

Gli altri casi operati ebbero esiti egualmente lodevoli. Trattavasi di uteri retroflessi aderenti con lesioni degli annessi, degenerazioni cistiche dell'ovaio, che furono trattati con chirurgia conservatrice.

L'A. conclude il suo lavoro col riferire minutamente un caso di resezione doppia delle trombe per piosalpinx da infezione blenoraggica e che ebbe esito splendido, avendo l'inferma riacquistato il suo naturale benessere.

Prof. G. E. Curàtulo.

***

Nell'ottava adunanza della Società italiana di chirurgia, tenuta in Roma nel 1891, ebbi occasione di fare una comunicazione sull'ablazione degli annessi dell'utero. Allora parlai dell'uso sfrenato fattosi di tale operazione, ed accennai ai primi lavori del Polk, tendenti a sostituire ad una chirurgia demolitrice quella più equa, conservatrice. I risultati ottenuti dal Polk, poi dal Martin, che se ne è fatto fautore, ed ora dal Clifford Barrows, dimostrano quanto più cauti debbano essere coloro che, per un processo flogistico semplicissimo, si accingono a privare l'organismo muliebre di organi che hanno su di esso un'influenza grandissima. — Ma egli è che il procedimento seguito dall'A. può avere risultati assai pericolosi, qualora esso venisse accettato come sistema. Ci è noto invero, che le raccolte purulente della salpinge, quando datano da lungo tempo, hanno perduto la loro qualità infettante, avendo i germi patogeni trovato la morte nel veleno da loro stessi segregato; ma possiamo noi esser sempre sicuri di ciò? E nel dubbio, converrà lasciare per via una tromba, la quale, per quanto apparentemente sana, può tuttavia contenere qualche germe che, venendo in contatto colla cavità peritoneale,

può essere causa di peritonite? Per una lontana speranza di un possibile concepimento non mi pare prudente esporre l'inferma, la quale già si è sottoposta ad una laparotomia, al pericolo di una peritonite settica.

Egli è per queste considerazioni che, mentre nelle semplici forme di salpingite catarrale con idrosalpinz può approvarsi una chirurgia conservatrice, per le forme purulente, è nostro intendimento essa debba essere bandita.

Il R.

Dott. H. Schönheimer. — **Zur Lehre vom Krebs des Gebärmutterkörpus** *(Intorno alla dottrina del cancro del corpo dell' utero).* — Con una tavola e sei figure. *Archiv. f. Gynaek.*, 1893, Bd. XLV, Heft. 1.

Il cancro del corpo dell'utero è stato ritenuto assai raro fino a quando non si ebbe la possibilità di diagnosticarlo precocemente e di esportare per tempo l'organo ammalato. Raramente infatti era possibile al tavolo anatomico, dopo che la neoplasia si era diffusa al collo ed alla *portio vaginalis*, di determinare con sicurezza il punto del suo primitivo sviluppo. Raschiamenti della mucosa uterina a scopo diagnostico, e isterectomie totali ci diedero invece negli ultimi anni abbondanti materiali di studio (C. Ruge e J. Veit, 1881), pei quali si è dovuto ammettere che il cancro del corpo dell' utero è meno raro di quanto credevasi prima.

Però giustamente osserva l'A. che le nostre conoscenze non sono ancora a tal punto progredite da permetterci sempre, mediante l'esame istologico dei prodotti del raschiamento, una diagnosi sicura. Non basta interpretare i preparati sulla guida degli schemi comuni: talvolta si richiede assolutamente che il reperto ci fornisca anche alcuni dati per l'apprezzamento delle fasi successive, cui potrà andare incontro il processo anatomico messo in rilievo. Se non che la possibilità di tali dati è subordinata ad altre conoscenze oggidì incomplete: per la mucosa dell'utero, meno ancora che per altri tessuti, sono nettamente determinati i rapporti fra produzioni infiammatorie e tumori (nel nostro caso, fra endometrite ghiandolare iperplastica e adenoma), e non si sa fino a che punto le distinzioni anatomiche che si fanno fra i tumori corrispondono alla distinzione clinica, tanto necessaria nella pratica, fra tumori benigni e tumori maligni. In vista appunto di tali incertezze, l'A. si propose di portare un contributo allo studio delle varie fasi che può presentare il cancro del corpo dell'utero, descrivendo e raffigurando preparati microscopici da lui ottenuti in un caso, e accompagnando l'esposizione istologica con considerazioni sue e di molti autori.

Troppo lungo, benchè assai istruttivo, sarebbe seguire lo Schönheimer nell'esposizione delle opinioni che i moltissimi autori da lui citati, ebbero ed hanno intorno ai rapporti intercedenti fra adenomi e cancri, specialmente nella mucosa

del corpo uterino: si può dire che egli faccia già il sunto delle opere loro su tale argomento. Parmi però di poter riassumere le tendenze generalmente prevalenti, affermando che si cercò dai più di riunire anche anatomicamente l'*adenoma maligno* (*ad. desostruente*) e *il carcinoma*, fra loro equivalenti dal punto di vista clinico. Per alcuni, tali forme di adenomi dovrebbero senz'altro essere comprese nella designazione di cancro: di fronte alla straordinaria attività neoplastica delle cellule epiteliali, non avrebbe importanza alcuna la loro disposizione in alveoli ed in zaffi, ritenuta dal Virchow una caratteristica speciale del cancro. Dal canto suo, l'A. ha tentato di dare fondamento anatomico a questo raggruppamento, direi quasi, imposto dall'evidenza di soli fatti clinici, appoggiandosi sui reperti istologici seguenti:

I. Mucosa uterina coi caratteri dell'atrofia senile, in quelle parti della mucosa stessa non colpite da processi neoplastici.

II. Mucosa coi caratteri dell'iperplasia ghiandolare semplice.

III. Presenza nel tessuto di grandi fessure ghiandolari, con parete provvista di un solo strato di epitelio cilindrico, con andamento tortuoso, *arricciate*.

IV. Mucosa invasa da adenoma desostruente.

V. Alveoli e zaffi cancerosi in mezzo al tessuto fondamentale della mucosa ed a focolai d'infiltrazione parvicellulare.

La causa efficiente di tutte queste varietà morfologiche sarebbe in ogni caso rappresentata da diversi gradi di attività formativa esagerata degli elementi epiteliali: per essi si formerebbero dapprima semplici tubi ghiandolari, e questi, in seguito, sempre sospinti dalla stessa cagione, o diventerebbero tortuosi, dando luogo alle suaccennate forme arricciate, o proliferebbero alla loro volta, producendo il semplice adenoma. A questo punto ricorre l'A., per la spiegazione delle fasi successive, all'attitudine del connettivo fondamentale di fronte alla potenza invadente degli epiteli. O il tessuto connettivo è inerte a segno da non opporre loro alcuna influenza limitatrice, ed essi si riproducono affatto liberamente, mantenendo al loro raggruppamento la forma ghiandolare, sostituendosi interamente al tessuto connettivo medesimo: o questo è pure capace di una certa attività, e in tal caso la potenza riproduttiva degli epiteli supera la loro facoltà di sostituirsi al tessuto su cui si sviluppano: le cellule neoformate sono costrette ad accumularsi negli spazi relativamente angusti loro assegnati: le pareti dei tubi ghiandolari si toccano, le singole tortuosità delle forme arricciate si fondono insieme; si costituiscono, in una parola, alveoli e zaffi. Nel primo caso abbiamo la forma dell'adenoma disastruente, nel secondo quella del cancro: ma poichè non trattasi essenzialmente che di un unico processo, di un unico meccanismo la cui forza attiva è sempre rappresentata dalla morbosa prolificità degli elementi epiteliali, non avrebbero alcun valore le risultanze finali, rappresentate da varietà morfologiche designate con singoli nomi.

Altro corollario emergente da queste vedute dell'A., si riferisce al valore diagnostico dei reperti ottenuti coll'esame dei prodotti del raschiamento. Poichè l'indice della malignità ci è rappresentato non tanto dai dati morfologici per sè, quanto dai dati che ci permettono di valutare l'attività formatrice degli epiteli e la loro facoltà di sostituzione, occorre all'istologo, per formulare un giudizio, conoscere l'*estenzione* del tessuto neoplastico e i suoi rapporti con quelli fisiologici. A questo proposito è in particolar modo eloquente l'invasione degli epiteli negli strati muscolari sottostanti alla mucosa: ma poichè il raschiamento difficilmente ci fornisce materiali utili per tale ricerca, si capisce come l'esame istologico non possa allora farsi in modo completo, e come, nei casi negativi, i risultati non abbiano valore definitivo.

Le considerazioni dell'A. sono veramente ingegnose, e le sue deduzioni sul significato diagnostico dell'esame istologico rispetto alla neoplasia della mucosa del corpo uterino, esatte: però alla prima non possiamo sottoscrivere senza fare parecchie riserve.

Dott. Luigi Villa.

A. Tamassia. — **Su alcune condizioni fisiche del cordone ombellicale.** — *Atti del R. I. Veneto di Sc. Lett. ed Ar.*, Tom. IV, S. VII, 1892-93.

Da alcuni quesiti proposti dal magistrato e riguardanti condizioni diverse del cordone ombell., l'A. ha preso argomento per studiare con indagini sperimentale:

1.° la resistenza alla trazione nei cordoni freschi;

2.° la resistenza comparativa dei cordoni freschi, essicati all'aria e conservati in altri ambienti (acqua e terra);

3.° le mutazioni di peso e di volume del c. a diverse temperature ed in diversi ambienti.

L'A., ritenendo con Cuzzi, Hohl ed altri, che la rottura del c. per strappo violento sia assai più rara di quello che generalmente si crede e che i risultati delle esperienze di Pfannkuch confermerebbero, studia la resistenza dei c. alle sole trazioni lente. Si serve di c. freschissimi (7 ad 8 ore dal parto al massimo e di aspetto normale — la trazione viene praticata legando ad un estremo dello stralcio di cordone, già fissato per l'altro estremo, una coppetta nella quale si versa *dolcemente della migliarola* fino a rottura.

Sebbene, come giustamente l'A. osserva, non si possa, per le infinite varietà dei cordoni, ricavare dai risultati delle esperienze delle norme precise, pure egli su 90 c. normali, ha ottenuto come media per la forza occorrente a spezzarli Klg. 5,79, con un massimo di 8,40 ed un minimo di 4,200, risultati conformi a

quelli degli sperimentatori che lo hanno preceduto e specialmente di Négrier e di Nonoyer.

Il volume del c. non ha influenza su questa resistenza: mentre le nodosità e gli attorcigliamenti (Négrier-Winckel, Cuzzi ed altri), come pure i precedenti stiramenti, diminuiscono l'indice di essa.

Il disseccamento all'aria, che l'A. riferisce solo al fatto della evaporazione addensando i tessuti del c., ne aumenta la resistenza, tanto che un c. completamente mummificato presenta una resistenza quadrupla di quella allo stato fresco; mentre un c. immerso in un liquido indifferente (acqua), perde dopo 9 giorni circa il 60 per 100 della sua resistenza iniziale, per semplice effetto fisico della imbibizione, come pure per il fatto che ad una data temperatura l'acqua favorisce l'azione disgregatrice della putrefazione; e questa perdita di resistenza è anche maggiore se un c. è messo in un terreno umido a 20° o 21° C.

Passa quindi l'A. a studiare, servendosi di più di 200 osservazioni, le variazioni di peso e di volume dei cordoni esposti nei vari mezzi ed a temperature diverse.

Per la evaporazione più o meno immediata della parte liquida, in un c. esposto all'aria, si ha una fortissima diminuzione del peso a principio, quindi un rallentamento, al quale, finita l'evaporazione, succede un ristagno, tanto che nel periodo della mummificazione le variazioni sono insignificanti; e, come era naturale, la rapidità della diminuzione del peso è in ragione diretta della elevazione della temperatura, e così quella perdita di peso che nelle temperature fra 3° e 8° si ha al 6° giorno, si ottiene al 3° o 4° per le temperature fra 8° e 15° e verso il 2° giorno, per le temperature fra 15° e 28.°

Nei liquidi indifferenti (acqua) a temperatura 18°-20° si ha aumento di peso costante sino all'8° giorno, dopo il quale il cordone saturo di acqua non guadagna più nulla.

Circa alle variazioni di volume (circonferenza) dei c. esposti all'aria a temperature varie, l'A. dà delle cifre, le quali, atteso il numero grande di osservazioni, possono essere ritenute solo come vicine alla media reale, e dalle quali si rileva che nelle temperature di circa 8° a 16° la completa mummificazione si ha al 7° od 8° giorno, mentre essa per le temperature fra 16° e 24° interviene al 5° giorno, il che coincide con quanto sinora era stato osservato.

L'acqua in 5 o 6 giorni raddoppia il volume di un c. che vi sia immerso; la terra umida invece, per azione disidradante lo riduce di circa un terzo in 7-8 giorni.

Rimandiamo al lavoro originale per la cognizione delle singole medie ottenute, le quali in qualche punto diversificano da quelle ottenute da altri, evidentemente per la diversità dei cordoni usati per le esperienze.

Ad ogni modo le conclusioni ottenute dall'A. hanno importanza scientifica e

pratica e potranno in qualche rincontro aiutare il medico perito nello apprezzamento dei singoli casi concreti, massime se di esse, come l'A. stesso avvisa, si serva come di elementi di contribuzione e non come di guida assoluta.

Dal *Giornale di Medicina legale*, N. I, 1894.

E. de Arcangelis.

A. Tamassia. — **Sul centro di ossificazione dell'epifisi inferiore del femore, dell'astragalo e del calcagno.** — *Atti del R. Ist. Veneto di Sc. Lett. ed art.*, Tom. IV, S. VII, 1892-93.

L'A. dopo avere esposti rapidamente i risultati ottenuti dai varî osservatori, passa a riferire i suoi studî; e, circa il n. dell'epif. inf. del femore, servendosi di 80 feti, lo trova piuttosto raro nei feti immaturi (su 9 feti 2 volte), mentre nei feti maturi il nucleo mancò nel 12 per 100 dei casi, proporzione che, mentre raggiunge quasi quella trovata da Hecher (più del 16 % — su 91 feti mancò 15 volte), si discosta invece da quella di Liman (3,5 %) ed ancora più notevolmente da quella di Corrado (meno del 3 %). — Ha studiato pure le dimensioni dei nuclei nei feti immaturi e nei maturi ed in questi ultimi anche in varie epoche di vita estrauterina; ma qui, più che riportare i singoli risultati ottenuti, i quali, per ragioni facili a comprendersi, nulla hanno di determinato, dirò che, contro le conclusioni di Böhm, che ammette la vita estrauterina con un diametro di numero 6,7 nel n. dell'epif. inferiore del femore, l'A. accede all'opinione di Filomusi-Guelfi che porta fino agli 8 mm. l'indice della vita estrauterina. È bene però che, a questo punto io faccia osservare, come, mentre Liman porta questo indice a 9 mm. e con riserva, Corrado avrebbe anche osservato in un feto nato morto un n. che misurava mm. 10,7 nel suo diametro frontale. Del resto l'A. non dà alcun valore al tentativo di Ollivier, il quale avrebbe voluto trovare una rigorosa corrispondenza tra l'espandersi di questo nucleo e la vita dell'infante, e ne dimostra l'inettuabilità servendosi dei suoi risultati, i quali mostrano non esistente quella progressività regolare nell'accrescimento del nucleo, la quale sarebbe necessaria per potervi fondare una diagnosi così importante.

Circa il n. del calcagno, l'A. accetta le conclusioni di Corrado, secondo il quale il primo germe osseo nel calcagno apparirebbe verso la fine del V° e la prima metà del VI° mese solare; solo osserva che, in un feto che aveva raggiunto almeno la prima metà del VI° mese di vita intrauterina, non si videro che tracce del n. Del resto, la differenza delle date essendo lievissima, possono ancora essere ritenuti i limiti segnati. Per questo n., come del resto anche per gli altri, sono state notevoli le differenze nei due lati per uno stesso feto, ed anzi in un feto

maturo, vissuto 24 giorni, si ebbe di fronte ad un n. di 9 mm. a destra, assenza a sinistra.

Per l'astragalo, l'A. tenderebbe a segnare il principio della ossificazione più verso la seconda che verso la prima metà del VII° mese, siccome vorrebbe Corrado, il quale del resto dice che, l'assenza di questo n. in generale è segno che il feto non ha compiuto il VII° mese.

Questo lavoro, accrescendo il numero delle osservazioni sull'importante argomento, conferma in parte i risultati già ottenuti e porta un nuovo contributo alla questione, anche perchè, secondo dice l'A., il periodo della vita intra ed estrauterina dei feti esaminati sarebbe stato positivamente assicurato.

Dal *Giornale di Medicina legale*, N. I, 1894.

E. de Arcangelis.

BIBLIOGRAFIA

Dott. Ch. Vinay. — **Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches.** — Paris, 1894, Librairie J. B. Baillière.

È un grosso volume la di cui lettura riesce facile in grazia del modo col quale l'A. ha svolto varii capitoli, chè evitando di dilungarsi nell'esposizione di teorie e di riprodurre statistiche in oggi prive di valore, ma presentando una sintesi delle idee e delle osservazioni d'altri tempi, ha dato larga parte all'esperienza clinica, mettendola in rapporto colle recenti conquiste dell'anatomia patologica e della batteriologia. Sono escluse dalla trattazione le infezioni settiche.

Studiando innanzi tutto le modificazioni arrecate dalla gravidanza all'apparecchio generatore ed all'organismo intero, l'A. si oppone al concetto dell'influenza anemizzante attribuita allo stato gravidico e non accetta l'ipertrofia cardiaca essenziale della gestazione, ritenendo che quando esiste, l'ipertrofia è affatto patologica. Trattando poi delle malattie dell'apparecchio genitale, richiama specialmente l'attenzione dei pratici sull'endometrite causa e frequente e spesso trascurata d'interruzione della gravidanza, si estende sugli spostamenti dell'utero gravido e parlando del cancro dichiara che meglio vale prendere in considerazione la vita della madre piuttosto che quella del feto, onde quando il male è limitato preferisce l'isterectomia totale all'amputazione della porzione vaginale o sopravaginale del collo. I fibromi uterini ed i tumori ovarici complicanti gestazione e parto sono studiati dettagliatamente coll'appoggio di recenti statistiche.

Nel capitolo delle malattie dell'apparecchio digestivo primeggiano gli articoli sul vomito incoercibile, nella cui eziologia concede la parte più importante a disturbi del stistema nervoso, e sopratutto quello sull'ittero studiato estesamente

nelle sue forme e nei suoi rapporti colle alterazioni concomitanti dei reni e colle autointossicazioni. Si scosta dalla massima parte degli autori nell'apprezzare i rapporti fra polmonite e gravidanza, ed invece si accorda con idee esposte in una nota clinica apparsa anni or sono in questo giornale (1) e non ricordata in pubblicazioni posteriori e neppure dallo stesso Vinay, ed ammettendo contrariamente all'opinione generale che l'interruzione della gravidanza sia piuttosto conseguenza che non causa della gravezza della malattia, viene a sostenere il concetto già emesso dal sottoscritto in detta monografia. Tanto a proposito della polmonite che per la trasmissione di altre infezioni dalla madre al feto è riassunto in modo chiaro e sufficientemente dettagliato lo stato delle cognizioni moderne.

Speciale menzione meritano gli articoli sulle malattie del sistema circolatorio ed orinario, ma troppo lungo sarebbe il riassumere le opinioni più importanti sostenute dal Vinay che trattando dettagliatamente il tema delle affezioni del sistema nervoso, fa risaltare in tutta la sua importanza il concetto moderno del legame fra psicosi e nevriti puerperali ed infezioni settiche e sostiene l'esistenza della paralisi di moto d'origine uremica. Pure notevolissimo è l'articolo sulla sifilide: si dichiara punto convinto dell'influenza diretta del padre sul prodotto del concepimento, ed espone nettamente le numerose questioni che interessano l'ostetrico. I tema delle malattie infettive sono tutti trattati colla scorta delle moderne conquiste della scienza, ma però è da lamentare che nel suo trattato il Vinay non abbia dato alla letteratura italiana quell'alto posto che le spetta.

Dott. F. Villa.

E. Luther. — **Ueber die Gonorrhoe beim Weibe** *(Intorno alla gonorrea nella donna).*

A ragione ricorda l'A. nel principio del suo lavoro i meriti che ebbe Nöggerath assegnando alla gonorrea della donna, e specialmente alle forme ascendenti di essa, il vero posto che a esse spetta nella patologia ginecologica. Ma accadde a lui quello che capitò a Semmelweis, che cioè per lungo tempo le sue vedute o furono dichiarate stravaganti o neppur credute degne di essere prese in considerazione: solo nel 1884, dieci anni dopo la pubblicazione di Nöggerath, esse incominciarono ad essere confermate dalla clinica e dalla batteriologia.

Già prima di Neisser, Jousseaume e Salisbury avevano supposto che l'agente infettivo della gonorrea fosse rappresentato da un fungo — tentativi di culture del pus gonorroico, sebbene con mezzi insufficienti allo scopo, furono fatti dallo stesso Nöggerath. Ma nel 1879 col lavoro fondamentale di Neisser furono risolti anche per la gonorrea i primi due quesiti posti da Koch per la dimostrazione della specificità dei bacteri patogeni; mentre una risposta decisiva anche al terzo postulato fu data in seguito dai lavori di Bumm e specialmente da quelli di Wertheim.

---

(1) F. Villa. « Contributo allo studio della polmonite in gravidanza. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, ottobre 1890.

Per tali lavori noi siamo ora nella possibilità di avere *caratteristiche colture disseminate dei gonococchi in miscela di siero umano e di agar-agar;* anzi lo siero umano può anche essere sostituito dal liquido dei cistomi ovarici. Il semplice esame microscopico è ora da ritenersi affatto insufficiente, sia nei casi negativi che in quelli positivi — potendo nei primi il microrganismo essere sfuggito a un così primitivo metodo di ricerca, e non bastando i secondi a darci la sicurezza assoluta, giacchè altri cocchi offrono caratteri microscopici analoghi a quelli del micrococco di Neisser.

Quanto ai rapporti reciproci fra gonococco ed elementi dei tessuti, mentre fu dimostrato da Neisser che quello è capace di attraversare l'epitelio cilindrico e di penetrare nel protoplasma stesso di tali epiteli, Bumm negò al micro-organismo questa proprietà rispetto all'epitelio pavimentoso: il trovarsi gonococchi nel secreto vaginale era da lui riferito esclusivamente alla contemporanea endometrite ed uretrite: peritoniti gonorroiche, secondo lui, non erano possibili. Ma altri autori svilupparono ad evidenza il concetto opposto: i gonococchi si fissano assai bene anche nella fossa naviculare che è pure munita di epitelio pavimentoso stratificato; Wertheim riuscì ad innestare i gonococchi nel peritoneo degli animali e a dimostrare che per le vie linfatiche essi possono raggiungere i tessuti sottostanti a quelli dove vengono innestati — e che portati nel connettivo sottocutaneo valgono a suscitarvi un processo flemmonoso.

Nella donna la sede di predilezione dei gonococchi è *l'uretra:* le percentuali in proposito oscillano fra 47 e 90. Non infrequenti sono pure la *periuretrite*, la diffusione alla bocca della vescica, l'annidamento dei gonococchi nelle cripte mucose, ove si fissano colla maggiore ostinazione; si notarono anche *infiltrazione* e *ascessi peritoneali*, ma v'ha dubbio si trattasse per avventura di infezioni miste. Nei tratti superiori delle vie urinarie il gonococco attecchisce a stento, forse per l'acidità dell'orina: però si narra anche di *cistiti*, *di pieliti*, *di pielonefriti gonorroiche:* ad ogni modo mancano esatte osservazioni batteriologiche per escludere in tali casi la compartecipazione di altri microrganismi patogeni. — Anche al *retto* si possono diffondere i gonococchi per ragioni anatomiche, o esservi direttamente portati.

Altra sede molto frequente è la *vulva* e nella vulva specialmente le *ghiandole del Bartolini* e i loro condotti: però formazioni di veri ascessi in queste ghiandole sono ascritte da diversi autori all'esistenza di *infezioni miste.* È nota l'importanza diagnostica della *macula di Sänger* o *macula gonorroica.* Il microorganismo si annida ostinatamente nei dotti ghiandolari, ed è causa di recidive, anche a grande distanza di tempo, e di nuove infezioni in altri individui.

Bumm pel primo si oppose all'opinione comunemente diffusa che *nelle donne adulte la vagina* sia sede frequente dei gonococchi ed arrivò perfino a mettere in dubbio l'esistenza di una pura *vaginite gonorroica.* Vero è che altri autori incontrarono i gonococchi nel secreto vaginale puro, ma relativamente, assai di rado: ciò va attribuito alla reazione acida di tal secreto. I gonococchi si annidano nei fornici più ostinatamente che nelle altre sezioni del canale vaginale. Non è dimostrato se i processi ulcerativi e distruttivi, che di frequente colpiscono la vagina nella donna di età avanzata siano da riferire ad infezioni gonorroiche precesse. — Nelle *bambine,* invece, è assai diffusa la *vulvo-vaginite* gonorroica, causata dall'suo comune che si fa nelle case e negli ospedali di spugne, bagni, biancheria, letti,

ecc., non che dallo stupro: può darsi anche un' infezione durante il parto, come si dà la blenorrea dei neonati: una speciale *recettività* pei gonococchi si è osservata nelle bambine in seguito ad esantemi acuti. In tutti questi casi è da tener conto, per la spiegazione, dell' epitelio vaginale molle e delicato, e della reazione non acida del secreto vaginale delle piccole bambine.

Con frequenza si trovano i gonococchi nel *collo dell' utero*, portativi direttamente dal coito infettivo e favoriti nel loro sviluppo dall'epitelio cilindrico e dall'alcalescenza del secreto: si innicchiano profondamente nelle ripiegature della mucosa, nelle ghiandole, sfuggendo ai provvedimenti terapeutici ed acquistando così un significato eziologico importantissimo di fronte alle *metriti* ed alle *endometriti*. Con quale frequenza ed in quale modo dalla cavità cervicale essi risalgono nella cavità del corpo, non è ben determinato, non potendosi, per l' esame batteriologico, il secreto cervicale prendere separatamente da quello corporale.

Secondo Bumm, favorirebbero specialmente tale diffusione i forti e bruschi movimenti nel tempo della mestruazione, ricacciando nel corpo il sangue effuso nel collo; il sondaggio uterino, il puerperio: però a ragione Luther osserva che di tale meccanismo vanno piuttosto ricercate le ragioni nelle proprietà biologiche degli stessi gonococchi: altrimenti, le ragioni meccaniche sopra citate dovrebbero pur valere per gli altri microrganismi che di frequente si trovano nel collo; mentre quivi difficilmente si ottengono culture pure dei gonococchi, nei tratti superiori del canal genitale ciò accade con relativa facilità.

Sono pure in gran parte da riferire all'infezione gonococcica le *alterazioni di posizione dell'utero*, sia per le lesioni infiammatorie che essa produce nel parenchima dell'organo, sia per quelle che riguardano l'apparecchio legamentoso di esso.

Dall'utero i gonococchi possono diffondersi agli *annessi ed al peritoneo;* e tale diffusione si compie in tre modi: per la via dei vasi sanguigni, per continuità, per contiguità. La possibilità di una trasmissione per *le vie sanguigne* ci è provata dall'esistenza di endocarditi, affezioni articolari, focolai cerebrali e del midollo spinale, ascessi cutanei, ecc., nei quali coll'esame batteriologico si incontrarono esclusivamente i gonococchi. Quanto alla diffusione *per continuità*, essa ben si capisce, essendo le tube anatomicamente ed embriologicamente non altro che un prolungamento dei corni uterini; è piuttosto discutibile come l'affezione possa talvolta limitarsi all' utero e se valgano in tal caso le alterazioni infiammatorie del tessuto uterino ad occludere l'ostio tubarico. Quando tale delimitazione non si fa, le tube diventate sedi di focolai gonorroici possono, versando tratto tratto il loro contenuto nella cavità peritoneale, essere la causa delle frequenti recidive di perimetriti e pelveoperitoniti; però occorrono a ciò anche circostanze esterne determinanti (traumi, bruschi movimenti, ecc.): e bene spesso dopo una prima infezione del peritoneo il processo infiammatorio stesso occlude l'ostio tubarico peritoneale. La diffusione *per contiguità*, non ammessa da principio quando negavasi ai gonococchi la facoltà di invadere gli epiteli pavimentosi e di attraversare i tessuti connettivi, fu poi sostenuta da Kaltenbach, da Krönig e specialmente da Wertheim, il quale col mezzo di sezioni in serie e con perfezionati metodi di colorazione dimostrò che le pareti delle tube sono frequentemente trapassate dai gonococchi. Alle ovaie l'infezione può giungere tanto attraverso l'epitelio germinativo, quanto per la via dei legamenti larghi attraverso l' ilo; ed anche può giungere lungo aderenze precedentemente stabilitesi fra utero ed ovaie; aderenze

che, secondo Poirier, sarebbero esclusivamente fatte da vasi linfantici. Così molti casi di forme anatomicamente diverse di idro-pio-ematosalpinge, non che di ovariti acute e croniche possono, quanto alla loro eziologia, essere raccolti in un unico gruppo.

Però non basta il semplice esame microscopico a determinare la natura gonorroica di tali affezioni: così mentre il Menge su 100 ricerche fatte trovò 10 volte sole i gonococchi, Wertheim colle colture li trovò 17 volte su 24 e mentre prima si pensava che nelle raccolte di pus gonorroico antico il microrganismo s'andasse attenuando nella sua virulenza ed anche si spegnesse per effetto dei prodotti del suo ricambio, Wertheim dimostrò colle colture e cogli innesti che facoltà di svilupparsi e virulenza dei gonococchi si conservano molto a lungo.

L'esistenza di una vera peritonite da gonococchi rimase dubbia fino a che Wertheim la dimostrò sperimentalmente nei ratti bianchi e nelle cavie: però anche nella peritonite della donna furono trovati i gonococchi da Ceppi e da Welander. Differisce da quella dovuta a staphylococchi ed a streptococchi per fenomeni infiammatori molto più marcati e per rimanere cicoscritta, dando luogo a grandi raccolte di leucociti cui segue la formazione di numerose aderenze: il grande potere chemotassico dei gonococchi richiamando numerosi i leucociti fornirebbe abbondantemente la sostanza fibrinoplastica e il fermento necessari col fibrinogeno del siero alla composizione della fibrina, donde le pseudomembrane che valgono a limitare il processo.

Questioni pure della massima importanza son quelle che riguardano le così dette infezioni miste e specialmente le infezioni puerperali-gonorroiche.

Nöggerath per il primo ha studiato le malattie gonorroico-puerperali, dimostrando trattarsi non di febbri puerperali nel vero senso della parola, ma di perimetriti e di peritoniti localizzate, sviluppatesi durante il puerperio. Altri autori lo seguirono in tale concetto, altri lo combatterono: è un fatto che non di rado, e in grande quantità, si trovano gonococchi nei lochi: Krönig recentemente li ottenne in colture pure dall'utero di puerpere febbrili e non febbrili. Come rappresentanti di infezioni di antica data essi possono anche essere relativamente innocui, benchè il Krönig stesso abbia veduto formarsi tardi, in ventiseiesima, ventottesima giornata, essudati pelviperitoneali.

Sin qui, però, trattasi di forme puerperali semplicemente gonorroiche: la questione delle vere infezioni miste rannodasi con quella della capacità che hanno o meno i gonococchi di invadere gli epiteli pavimentosi e i tessuti connettivi: e dapprima si credette che essi aprissero solo la porta ai comuni bacteri piogeni, ai quali esclusivamente si riferivano le complicazioni da parte degli organi genitali interni. Gerheim pensava che il pus gonorroico di antica data ritrovantesi nelle vie genitali rappresentasse un ottimo terreno di cultura per gli staphylococchi e gli streptococchi. Ma dacchè Wertheim ritrovò molte volte in malattie puerperali dell'utero, degli annessi e del peritoneo i *gonococchi soli*, si deve, se non escludere, almeno limitare il concetto dell'infezione mista a quei casi in cui esso veramente sia confermato dell'esame bacteriologico — tanto più che contro di esso stanno anche i risultati di alcune ricerche sperimentali.

Altro punto assai dibattuto anche nel campo clinico è quello della *latenza della gonorrea:* però tale questione appare tosto più facilmente risolvibile se si immedesima con quella della latenza dei gonococchi. Infatti la dimostrazione di questi

è subordinata, come ben si capisce, a molte condizioni, in parte inerenti agli organi sui quali si sviluppano, in parte dipendenti dalle proprietà biologiche dei gonococchi stessi. E qui devesi anzi tutto tener conto della possibilità che la loro virulenza subisca notevoli modificazioni per l'aumento dei prodotti del loro ricambio, giacchè anche le affermazioni a questo proposito sopra citate di Wertheim non possono essere accettate in modo proprio assoluto. In secondo luogo, non è del tutto inverosimile che la latenza si colleghi coll'esistenza di spore: Wertheim vide delle forme fruste di gonococchi, forme d'involuzione, assai poco colorabili, mal definite, ritornare alle forme classiche in seguito a coltura; non potrebbero esse per avventura rappresentare *forme di resistenza* anzichè forme d'involuzione? Anche altri autori ottennero nuovamente da colture disseccate forme rigogliose di gonococchi. Infine un altro fattore cui dobbiamo pensare per renderci ragione della latenza delle malattie gonorroiche è la *capacità fagocitrica degli elementi*, variabile assai per una lunga serie di circostanze che influenzano specialmente lo stato generale della salute.

Luther dedica ancora qualche pagina del suo lavoro all'esposizione dei mezzi diagnostici, alla prognosi, alla cura ed alla profilassi delle malattie gonorroiche: ma specialmente degni di nota mi appaiono alcuni dati statistici intorno alla sterilità dei matrimoni, consecutiva direttamente o indirettamente a tali malattie. Secondo Sänger nella Francia su 100 matrimoni se ne hanno 20 sterili, e nel 24 0[0 dei casi vien partorito un solo bambino (*Einkindersterilität*). Ora il 90 0[0 dei matrimoni sterili è da riferire all'infezione gonorroica, in proporzione di 2[3 dovuta alla donna, di 1[3 all'uomo: però la responsabilità di questo deve essere calcolata in proporzione di gran lunga maggiore, in quanto che molto più di rado che non la donna l'uomo contrae matrimonio essendo immune da infezione gonorroica recente o antica.

Nell'uomo la sterilità dipendente da malattie gonorroiche ha per sue cause anatomiche gli stringimenti delle vie genitali, la compartecipazione dell'epididimo e dei testicoli; nella donna, le alterazioni cicatriziali della vagina e della *portio vaginalis:* la stenosi del canale cervicale, le perdite ostinate e profuse con endometrite, le alterazioni di posizioni dell'utero, quelle delle tube (caduta dell'epitelio vibratile, catarro della mucosa, irrigidimento delle pareti, chiusura dell'ostio addominale con o senza raccolte cistiche), le alterazioni dell'ovaio, del peritoneo, ecc. È generalmente ammesso che la gonorrea possa anche cagionare aborti e parti prematuri, ed è perfino dimostrata la sua influenza nel determinare gravidanze extrauterine.

Sammlung Klin. Vorträge begründet von R. v. Volkmann. Neue Folge 82[83.

Dott. Luigi Villa.

Note di terapia ostetrica e ginecologica

Cura della pseudo incontinenza dell'orina nella donna per mezzo del massaggio vibratorio.

L'invito frequente ad orinare e l'impossibilità di trattenere per un tempo sufficientemente lungo l'orina costituiscono uno dei sintomi più noiosi delle affezioni uterine complicate da prolasso della parete vaginale anteriore, da irritazione vescicale e da paresi del collo della vescica.

Applicato l'indice sinistro su tutta l'estensione del canale uretrale, la mano destra afferra il pugno sinistro e fa esercitare all'indice sinistro delle pressioni dirette alternativamente da destra a sinistra e da sinistra a destra comprimendo l'uretra contro la faccia posteriore del pube. A queste pressioni si aggiungono dei movimenti vibratorii diritti nel senso della pressione non eseguendo il dito movimento alcuno, fuor che quello comunicatogli dalla mano destra per 5-6 volte. Quindici a venti sedute arrecano la guarigione completa e definitiva, ma il miglioramento è già evidente al 7.° od 8.° giorno di cura.

Alumnolo in ginecologia (*Wiener med. Presse,* 1893, N. 18).

Akontz. lo esperimentò in 16 casi ginecologici, ottenendo rapidamente la guarigione di catarri cervicali e perimetriti semplici. Le endometriti complicate a lesioni degli annessi restarono ribelli alla cura, ed anzi i dolori aumentarono in causa dell'irritazione prodotta dal medicamento. Si usarono la soluzione al 3 o/o per lavature, la polvere e le candelette al 20 o/o e la soluzione al 10 o/o come astringenti, e la garza al 24 o/o.

L'alumnolo agisce come essicante e come astringente energico, formando sulla mucosa o sulle parti sprovviste di epitelio uno strato grigio biancastro che lascia poi una superficie normale, e coll'albumina dei tessuti forma un deposito che si ridiscioglie in un eccesso d'albumina. Rende segnalati servigi nella cura della vaginite del catarro cervicale dell'endometrite dell'oftalmia blennorragica dei neonati e nelle affezioni ginecologiche d'indole blennorragica.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Aprile 1894. Num. 4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Il trattamento del peduncolo nella istero-miomectomia

Relazione del Prof. L. MANGIAGALLI
all' XI Congresso Medico Internazionale in Roma

21 MAY 94

Una discussione su questo argomento alcuni anni or sono sarebbe stata più facile. Bastava dichiararsi per il trattamento esterno o per l'affondamento del peduncolo e discutere i risultati dell'uno e dell'altro metodo. Ora la questione si è fatta più complicata e non solo l'accordo sul modo migliore di trattare il peduncolo dopo la isteromiomectomia è lungi dal formarsi, come lo dimostra l'immensa letteratura in proposito anche di questi ultimi anni, ma la divisione nel campo dei ginecologi è divenuta si può dire maggiore e la divergenza delle idee aumentata, sia per le numerose modificazioni di ciascun metodo, sia per la introduzione di nuovi metodi operatorii più radicali, che mirerebbero a diminuire la mortalità di entrambi i metodi fondamentali classici, che prendono il loro nome dal modo con cui si tratta il peduncolo, secondochè cioè lo si affonda e lo si assicura all' esterno. L'espressione stessa più comunemente usitata e colla quale venne pure indicato il tema sottoposto alla discussione in questo Congresso Internazionale non è più abbastanza comprensiva e dovrebbe essere sostituita da un' altra molto più lata che comprendesse tutti i metodi operatorii che si propongono *l'ablazione parziale o totale dell'utero insieme ai miomi che in esso hanno sede.* Tale è lo spirito se non la lettera del tema messo in discussione. Ne viene tosto una esclusione di tutti quei casi, nei quali l' operatore, per via addominale o per via vaginale, può asportare il mioma, rispettando l'integrità anatomica e funzionale dell' utero (*fibromi sotto-sierosi peduncolati, polipi, fibromi sottomucosi snucleabili integralmente o previo*

spezzettamento (morcellement) per via vaginale). L'esclusione di tali casi sarà universalmente accettata, poichè per essi lo spirito di conservazione è necessariamente comune a tutti i ginecologi, e non vi può essere discussione di sorta. Qualche obbiezione invece può sorgere per quei fibromi interstiziali o sottomucosi più o meno voluminosi che possono essere asportati *per via addominale,* previa estesa incisione del corpo uterino, vero taglio cesareo conservatore per fibromi, asportazione a cui segue la sutura della breccia uterina. In tali casi, l' integrità dell'utero è lesa così estesamente ed in una parte alla quale è così essenzialmente legata la funzionalità dell' utero, da rendere dubbio se qui si debbano prendere in considerazione. A vero dire però il metodo operatorio ultimamente accennato (enucleazione addominale-Martin), rispetto alla frequenza delle operazioni per fibromi, non può essere che eccezionale, perchè o la moltiplicità dei fibromi, o la grandezza della sacca risultante dalla enucleazione del tumore o la ineguaglianza straordinaria delle pareti che la circoscrivono o la emorragia non frenabile o la necessità di moltiplicare eccessivamente le suture, rendono preferibile l'attuazione di altri metodi che implichino il sacrificio parziale o totale dell' utero. Sarebbe però ingiusto il volerlo proscrivere, potendo condizioni speciali anatomiche, cliniche ed anche sociali, indurre il ginecologo ad attenersi a tale metodo operatorio, che avrebbe le sue speciali indicazioni nella unicità del tumore in alcuni casi non difficilmente determinabile, nella sua sede, interstiziale e sottomucosa del corpo, qualche volta infraligamentaria, nell' assenza di lesioni degli annessi, nell' età della paziente, nella mancanza di prole, o nella nubilità dell' ammalata, nella possibilità di una incisione regolare e di successiva emostasi perfetta mediante sutura. Prescindendo dunque dalla *enucleazione addominale,* sulla quale ho qui espresso brevemente il mio avviso, onde sgombrare il terreno della discussione, i metodi operativi, che devono essere considerati in rapporto coll'argomento che ci occupa, o si propongono di assicurare il peduncolo all'esterno, o lo affondano o lo eliminano, dando così origine a tre grandi classi di metodi operatori.

Tutta questa grande varietà di metodi e la varietà ancora più grande dei processi che ciascun metodo comprende, trae la sua origine dalla preoccupazione costante del peduncolo. Tutta la storia della stessa isteromiomectomia rileva lo sforzo continuo della ricerca di espedienti

che tolgano al peduncolo il suo ufficio malefico nella prognosi di tale operazione.

Il titolo del tema presentato al Congresso, il titolo ed il contenuto di numerosissime pubblicazioni, le discussioni delle Accademie e delle Società, tutto dinota la convinzione che dal modo di trattamento del peduncolo, dipenda la maggiore o minore mortalità. Ora quanto più aumenta la mia esperienza in tale operazione, tanto più mi raffermo nella mia convinzione che tale importanza sia stata esagerata a scapito di altri fattori pronostici la cui importanza è stata messa in seconda linea. Assicurare l'emostasi, assicurare l'antisepsi sono, nella isteromiomectomia, come in ogni altra operazione specialmente laparotomica, i due fattori principali per ottenere un risultato favorevole, ed i partigiani di questo o di quel metodo rivendicano esclusivamente per il metodo da loro sostenuto, il privilegio di provvedere meglio a questi due grandi desiderati, mentre in realtà vedremo come le statistiche e la critica di queste dimostrino come ciò si possa ottenere *con tutti i metodi.* Vero è che le statistiche hanno un valore relativo in una operazione così varia per le difficoltà tecniche che in esse si incontrano, cosichè da una operazione della più grande semplicità, si può passare ai casi che costituiscono grandi ardimenti chirurgici, non tanto per il volume del tumore, quanto per le complicanze di rapporti che il tumore od i tumori possono incontrare cogli organi addominali e pelvici, intestino, vescica, ureteri, vasi iliaci, come per es. nei fibromi infraligamentari. Tutti concordano, è vero, nell'escludere da ogni considerazione i casi isolati, ma non basta per altro a dare indiscusso valore alle statistiche in serie la riflessione che, in una numerosa statistica, i casi si compensino, quelli facili con quelli difficili. Anche alle statistiche in serie non sempre presiedono eguali criterii, poichè le indicazioni della isteromiomectomia possono essere così diverse da ginecologo a ginecologo da portare a serie operatorie che non sono punto paragonabili nei loro risultati. Nell'ultimo Congresso di chirurgia francese (7.ª sessione, 1893) tale diversa tendenza si è nettamente rilevata, poichè mentre per alcuni chirurghi la presenza di un fibroma costituisce pressochè sempre una indicazione operatoria, per altri e specialmente per Verneuil, tale indicazione non esiste che nei casi in cui il fibroma colla sua sintomatologia rappresenta un vero ed urgente pericolo che importa rimuovere. Due serie di isteromiomec-

tomie compiute con tali opposti criterii a quali diversi risultati statistici devono condurre anche indipendentemente dal modo con cui si tratta il peduncolo!

Un'altra ragione per cui non tutte le statistiche possono dare criteri sicuri per determinare la mortalità della isteromiomectomia a seconda dei diversi metodi operatorii, si è che molte di esse sono eccletiche e racchiudono promiscuamente casi trattati coi più diversi processi, cosichè il metodo più caldeggiato può essere quello preferito nei casi semplici e facili.

Un'ultima osservazione a farsi infine si è che anche nelle statistiche individuali che riflettono un dato metodo, a ben chiarire l'inflenza di questo, la mortalità non dovrebbe essere considerata in blocco per tutti i fibromi, ma questi, qualunque fosse il metodo seguito, dovrebbero essere accuratamente divisi in sottoclassi, a seconda degli elementi che più possano avere influenza sull'esito operatorio, indipendentemente dal metodo seguito, nello stesso modo che si distinguono i tumori cistici dell'ovaio da quelli solidi, quelli a sviluppo addominale da quelli a sviluppo infraligamentario, quelli liberi da quelli aderenti, e come nelle affezioni degli annessi si distinguono, le forme catarrali od adesive da quelle purulente, e di queste quelle virulente da quelle che non lo sono. I ginecologi invece con poche eccezioni, nell'esame delle loro statistiche, considerando pressochè esclusivamente l'influenza del governo del peduncolo, hanno trascurato tutti gli altri elementi, cosichè ti è facile trovare un gran numero di statistiche coordinate secondo l'accennato criterio e non ti è possibile trovarne una in cui si dia la dovuta parte anche agli altri elementi. Pur studiando l'influenza del governo del peduncolo nella istero-miomectomia, è a tale esame critico che intendo sottoporre la mia esperienza. Gli elementi che devono essere esaminati insieme al metodo operatorio, sono la topografia del tumore, le complicanze generali, le complicanze locali per cui i fibromi potrebbero raggrupparsi nelle seguenti categorie, alle quali suppongo comune l'indicazione operatoria della *istero-miomectomia*:

A. A norma del criterio topografico:

1.° Fibromi sottosierosi, interstiziali, sottomucosi.
2.° Fibromi a sviluppo infraligamentario.

B. A norma del criterio clinico:

1.° Fibromi con complicanze di ordine generale, specialmente affezioni del cuore, affezioni delle vie urinarie.

2.° Fibromi complicati da suppurazione degli annessi o sfacelo ed icorizzazione dei tumori.

3.° Fibromi del corpo complicati a carcinoma del collo.

L'ultima classe sarà però esclusa dalla mia statistica e dalle mie considerazioni, perchè l'indicazione predominante è data dal carcinoma e, logicamente, non può trovar posto in un lavoro il quale si occupa della miomectomia e perchè, in tali casi, è indispensabile fare l'esportazione completa dell'organo, quando si voglia rimuovere entrambi i neoplasmi e non vi ha perciò possibilità di scelta fra i metodi che si contendono la palma.

I metodi operatorii che devono essere presi in esame riguardo alla questione che ci occupa possono essere divisi in tre classi:

A. Trattamento esterno del peduncolo, colla varietà intraparietale.

B. Affondamento del peduncolo con tutti i suoi processi, Schroeder, Olshausen, Zweifel, metodo retroperitoneale.

C. Esportazione totale: 1. Per via addominale — 2. Per via addomino-vaginale — 3. Per via vaginale.

La mia esperienza sulla isteromiomectomia data da un quinquennio ed in questo ho eseguito quasi tutti i metodi escogitati, con qualche eventuale modificazione richiesta dal caso e sempre coll'intento di studiare l'influenza del metodo adoperato, non isolatamente, ma in armonia cogli altri fattori più sopra accennati. Mi astengo dal ripetere la descrizione di tutti i metodi operatorii e di tutti i processi in cui si dividono e così pure dal tesserne la storia, perchè si tratta di cose note a voi tutti. Mi limiterò ad esporre il *modus operandi* da me tenuto e a fare alcune considerazioni d'ordine generale sotto forma di proposizioni sui diversi metodi operatorii, prima di procedere all'esame delle diverse statistiche ed all'analisi critica dei risultati da me ottenuti.

1. Quando non si pratichi l'ablazione totale dell'utero e si debba perciò procedere alla formazione di un peduncolo, il principio per me fondamentale, è questo: il peduncolo sia esso trattato extraperitonealmente o intraperitonealmente o retroperitonealmente deve essere formato

a spese del tessuto cervicale. Ciò è sempre possibile nella immensa maggioranza dei casi e, così facendo, il peduncolo non ha mai un volume straordinario. Quando io leggo di casi in cui il peduncolo ha l'ampiezza del palmo di una mano, di un tondo! mi viene il dubbio che in tali casi o si lascino tumori o frammenti di tumori o si faccia il peduncolo a spese del corpo uterino.

2. Nel trattamento esterno il miglior mezzo di costrizione è rappresentato dal laccio elastico e non deve mai essere omessa la sutura sinperitoneale tra peritoneo parietale e peritoneo viscerale uterino. Se il fibroma o i fibromi appartengono alla parte alta del corpo è inutile l'allacciatura separata frazionata degli annessi. La previa allacciatura e separazione di questi è invece opportuna quando il fibroma sia voluminoso e risieda nella parte media o bassa del corpo uterino. Qualche volta la enucleazione del tumore principale rende più facile la formazione del peduncolo. I processi intraparietali devono considerarsi come eccezionali.

3. Nel trattamento endoperitoneale e retroperitoneale del moncone, l'esperienza generale porta a preferire la seta come materiale di legatura di questo ed io pure ne ebbi ottimi risultati: sottili fili multipli (Kocher) possono esercitare una costrizione più energica di un grosso filo di seta. Non credo però definitivamente risolta la questione. Alcune prove da me fatte, stringendo il moncone mediante sottili cateteri elastici di Nelaton, previa formazione di due lembi peritoneali coi quali si renderebbero retroperitoneali e peduncolo e laccio elastico, mi spingerebbero ad esperire tale sistema su vasta scala come venne d'altronde già proposto da Schwarz per il processo extraperitoneale e, teoricamente, da Olshausen per quello endoperitoneale. Nei casi in cui ho adoperato il laccio elastico senza l'accennato accorgimento, ho sempre fatto, tranne in un caso, anche la sutura del moncone. Adoperando la seta, tre legature a catena sono in genere sufficienti per il moncone. Non deve mai tralasciarsi la cauterizzazione, preferibilmente col galvano cauterio, del canale cervicale e della superficie di sezione del moncone. È mia convinzione sia utile tenere i due lembi peritoneali di lunghezza ineguale, più lungo quello posteriore, cosichè non solo sia eccentrica la linea di sutura, ma la superficie stessa del moncone venga rivolta all'avanti (*Morisani*, *Richelot*).

4. Nella isterectomia vaginale per fibromi mi sono servito, sia delle legature con seta, sia della forcipressura, ho esportato l'utero senza ledere la sua integrità, ovvero facendo lo spezzettamento sia col processo di Péan che con quello di Doyen. Riconosco come la forcipressura renda più rapida l'operazione nei casi comuni, la renda possibile nei casi difficili e coll'associazione dello spezzettamento estenda di molto i limiti della indicazione della isterectomia vaginale nei casi di fibromi, ma nei casi della prima categoria, cioè nei casi semplici, costituisce un ritorno al trattamento esterno quasi bandito per la via addominale, e la maggior rapidità della operazione non compensa gli svantaggi e specialmente i maggiori dolori che in alcuni casi sono veramente intollerabili e le turbe riflesse qualche volta imponenti.

5. Nell'isterectomia addominale per fibromi, preferisco compierla intieramente per via addominale, servendomi della posizione di Trendelenburg che la facilita straordinariamente. Nella complicanza però del carcinoma del collo con fibromi del corpo, ritengo preferibile il combinare le due vie, vaginale e addominale, esportando prima il collo per via vaginale, possibilmente coll'ansa galvanica, indi il corpo per via addominale dopo avere ampiamente cauterizzato il canale cervicale.

6. Nei tumori a sviluppo infraligamentario, la preoccupazione maggiore dell'operatore è data dallo snucleamento del tumore o dei tumori, ovviando ai pericoli di lesioni dell' intestino, di grossi vasi, dell'uretere, della vescica e dal trattamento successivo della vasta sacca residua. A quest'utimo scopo la mente del chirurgo deve essere feconda di espedienti. Il tamponamento con garza iodoformica della sacca, la sua fognatura verso l' addome o verso la vagina, la sutura dei lembi peritoneali che la circoscrivono, ovvero la sutura di questi col peritoneo parietale, la sua sutura, previo affondamento del moncone nella cavità retroperitoneale o previa esportazione totale dell'utero, sono mezzi di cui, a volta a volta, ho dovuto servirmi.

Questi sono per sommi capi i principii che mi hanno guidato nella isteromiomectomia. Prima di analizzare e discutere i risultati da me ottenuti, sia rispetto al metodo operatorio seguito, sia rispetto ad altre circostanze che potevano influenzare l'esito indipendentemente da questo, è doveroso per me il fare una rapida corsa attraverso la letteratura ginecologica straordinariamente ricca di pubblicazioni, nelle quali, come

dissi ripetutamente, regna sovrana la preoccupazione del trattamento del peduncolo, per vedere, se le statistiche sieno atte a risolvere la tanto dibattuta questione.

Il periodo scientifico della isteromiomectomia incomincia col 1863, si apre col trattamento esterno del peduncolo e ad esso sono indissolubilmente legati i nomi di Koeberlé e Péan, e più tardi quelli di Hégar e Kaltenbach. L'era scientifica del trattamento endoperitoneale sorge più tardi, e quantunque già prima del 1863, nel periodo eroico della miomectomia, in alcuni casi si affondasse il peduncolo con processi che si modellavano su quelli dell'ovariotomia e Kleberg, applicando la legatura elastica, segnasse nel 1876 un passo importante nello sviluppo storico della miomectomia con affondamento del peduncolo, è col nome di Schroeder che si stabilisce su solide basi scientifiche e tecniche il metodo endoperitoneale, colla sua comunicazione fatta in Cassel nel 1878 al Congresso dei naturalisti e medici tedeschi. Solo da tale epoca può considerarsi veramente aperta la gara fra coloro che caldeggiano l'affondamento del peduncolo e coloro che preferiscono il trattamento esterno. Circa 10 anni più tardi, il lavoro di Wehmer (1) e la classica monografia di Zweifel (2) costituiscono i capisaldi per un vasto studio statistico sui risultati dei due metodi, e col lavoro di Zweifel si delinea un altro processo (legatura parziale continua con seta), per cui non solo a quell'epoca è viva la lotta tra il metodo esterno ed il metodo peritoneale, ma si delineano nel campo di questo, tre correnti di opinioni che fanno appunto capo al processo di Kleberg, a quello di Schroeder, a quello escogitato da Zweifel, senza contare modificazioni affatto secondarie, ognuna delle quali pretende di migliorare la prognosi della isteromiomectomia. Più tardi lo Zweifel modificava il suo processo appartando la superficie del moncone e le legature di questo dal cavo peritoneale colla previa formazione di due lembi peritoneali, mentre Bassini, Chroback, Johannovsky, Boer, ecc., colla loro pratica e coi loro lavori, caldeggiavano un'altra modalità operatoria che da Chroback (3)

---

(1) Paul Wehmer. « Beitrag zur Myomotomie und Castration bei Fibromen. » *Zeitschrit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1888, XIV Bd.

(2) Paul Zweifel. « Die Stielbehandlung bei der Myomectomie. » Stuttgart, 1888.

(3) R. Chroback. « Zur Extirpatio Uteri myomatosi abdominalis (die retroperitoneale Stielversorgung). » *Cent. f. Gyn.*, N. 35, 1891.

veniva indicata colla espressione: *trattamento retroperitoneale del peduncolo*, caratterizzata essenzialmente oltrechè dalla legatura separata dei legamenti infundibulo-pelvici come negli altri processi, dall'allacciatura dell'arteria uterina e dalla formazione di due lembi peritoneali ineguali, coi quali si ricopre il moncone. Senonchè mentre il metodo endoperitoneale con tutti i suoi processi, tenta di battere in breccia il metodo extraperitoneale, per opera di Martin (1), rievocante la proposta di Bardenheuer, sorge il grido che, non il metodo extraperitoneale, non quello endoperitoneale, ma l'asportazione dell'utero, eliminando la contesa sul modo migliore di trattamento del peduncolo, costituisca il metodo dell'avvenire,

Nella statistica di Wehmer (2), il metodo endoperitoneale figura con sette operatori, 312 casi, 88 morti, vale a dire colla mortalità del 28. 7 0[0, quello extraperitoneale con nove operatori con 262 casi, 63 morti, mortalità del 24 0[0.

Lo Zweifel, compulsando le statistiche dal principio del 1877, anno in cui le precauzioni antisettiche vennero generalmente adoperate, raccoglie 469 operazioni col metodo extraperitoneale, con 103 morti, ossia colla mortalità del 22 0[0 e 243 con affondamento del peduncolo, con 84 morti, ossia colla mortalità del 34.5 0[0. Egli raccoglie poi un'altra statistica, dalle comunicazioni epistolari di colleghi tedeschi, di 130 casi trattati col metodo extraperitoneale, da 10 operatori con 29 morti, colla mortalità del 22. 3 0[0, e di 116 casi operati col metodo endoperitoneale da 13 ope-

---

(1) A. Martin. « Ueber Myomoperationen. » *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, XX Bd., 1 H., 1890.

(2) Statistica di Wehmer:

A. Metodo intraperitoneale.

	N. dei casi	N. d. morti	Mortalità		N. dei csi	N. d. morti	Mortalità
Gusserow	19	6	31. 6 0[0	Spencer Wells	26	10	38. 0 0[0
Kaltenbach	5	3	60. 0 »	Schroeder	135	41	30. 0 »
Martin	86	15	17. 4 »	Tauffer	12	4	33. 0 »
Olshausen	29	9	31. 0 »				
					312	88	28. 7 0[0

B. Metodo extraperitoneale.

Bantock	22	2	9. 0 0[0	Tauffer	17	2	11. 7 0[0
Hégar	22	6	27. 0 »	Spencer Wells	20	10	50. 0 »
Kaltenbach	22	1	4. 5 »	Lawson Tait	54	20	37. 0 »
Keith	38	2	5. 3 »	Thornton	15	2	13. 0 »
Péan	52	18	34. 0 »				
					262	63	24. 0 0[0

ratori, con 38 morti, la mortalità quindi del 32. 7 0[0 (1). Lo Zweifel però sottopone la statistica di Wehmer e la propria ad analisi critica e si chiede: « Kaltenbach che è un partigiano del metodo extraperitoneale perchè « ha affondato il peduncolo in 5 casi? Non si può sottrarre al sospetto « che in tali casi appunto abbia affondato il peduncolo perchè non po- « teva essere trattato extraperitonealmente. » Secondo il concetto fondamentale che inspira la sua critica, la statistica del metodo endoperitoneale sarebbe oscurata da casi gravi in cui non era possibile l'extraperitoneale. E a togliere questo elemento a sfavore dell'affondamento del peduncolo egli riunisce solo le statistiche de' fautori di questo metodo e ne fa una statistica selezionata di 345 casi appartenenti a 10 operatori, con 88 morti e la mortalità del 25. 5 0[0 (2).

La critica dello Zweifel non può però accettarsi senza obbiezione. Certo le statistiche non possono essere accolte senza beneficio d'inventario, ma è pericoloso il volerle volgere a vantaggio delle idee che

---

(1) Statistica di Zweifel concernenti gli operatori tedeschi:

A. Trattamento extraperitoneale.

Carlo Braun dal 1880 al 1887	Casi 63	Morti 12		Schauta	Casi 5	Morti 2
Fehling	» 15	» 1		Schultze	» 1	» 1
Gusserow	» 3	» 3		Werth	» 2	» 1
Kehrer	» 9	» 2		Zweifel	» 8	» 1
Leopold	» 14	» 3			—	—
Säxinger	» 10	» 3			130	29

Mortalità 22. 3 0[0.

B. Trattamento intraperitoneale.

Carlo Braun	Casi 5	Morti 2		Schauta	Casi 1	Morti 1
Dohrn	» 9	» 0		Schultze	» 12	» 3
Fehling	» 3	» 2		Werth	» 11	» 3
Gusserow	» 23	» 6		Winckel	» 2	» 1
Kehrer	» 3	» 2		Zweifel	» 10	» 1
Leopold	» 19	» 7			—	—
Runge	» 11	» 4			116	38
Säxinger	» 7	» 6				

Mortalità 32. 7 0[0.

(2) Statistica selezionata di Zweifel che riguarda operatori tedeschi partigiani dell'affondamento del peduncolo:

Martin	Casi 86	Morti 15	Mortalità 17. 4 0[0	Dohrn	Casi 9	Morti 0	Mortalità 00. 0 0[0
Olshausen	» 29	» 9	» 31. 0 »	Leopold	» 19	» 7	» 36. 8 »
Schroeder	» 136	» 41	» 30. 1 »	Runge	» 11	» 4	» 36. 3 »
Gusserow	» 23	» 6	» 26. 0 »	Zweifel	» 10	» 1	» 10. 0 »
Schultze	» 12	» 3	» 25. 0 »		—	—	
Werth	» 11	» 3	» 27. 2 »		345	88	

sosteniamo. Così la considerazione sopracennata di Zweifel può essere ritorta contro l' autore stesso. Se il Kaltenbach, partigiano del metodo intraperitoneale operò 5 volte con 3 morti col metodo intraperitoneale, perché trattavasi di casi particolarmente gravi, perchè non si può dire altrettanto ma inversamente del Gusserow, che, partigiano del metodo intraperitoneale, operò 3 volte con 3 morti con quello extraperitoneale? Non ho voluto fare queste considerazioni perchè io voglia difendere il metodo extraperitoneale del quale, a torto, da alcuni recenti scrittori italiani sono stato dichiarato quasi inconvertibile partigiano, ma solo per giudicare la questione da un punto affatto obbiettivo. Ora l'esame spassionato delle statistiche accennate porterebbe alla conclusione *che allora, fino a quell'epoca, le statistiche complessive deponevano più favorevolmente per il metodo extraperitoneale che per quello endoperitoneale.*

Senonchè le statistiche accennate si prestano a confronti che mi sembrano più importanti di quelli fatti da Zweifel, il quale colla sua selezione viene a pareggiare quasi le mortalità dei due metodi, sempre con lieve prevalenza di quello endoperitoneale. Il fatto che sopratutto mi ha colpito nell'esame di quelle statistiche *è l'enorme differenza della mortalità avuta da partigiani dello stesso metodo.*

Nella statistica di Wehmer, che si riferisce al trattamento extraperitoneale, noi vediamo che la mortalità oscilla dal minimo di 4, 5 per Kaltenbach al maximum del 50 0[0 per Spencer Wells ed in quella pure di Wehmer, che si riferisce al metodo intraperitoneale, abbiamo delle oscillazioni fra il minimum del 17. 4 0[0 per Martin e il maximum del 60 0[0 per Kaltenbach.

Nella statistica mista di Zweifel, per il metodo extraperitoneale, noi abbiamo le oscillazioni nella mortalità tra il minimum del 6. 66 0[0 (Fehling) ed il maximum 100 0[0 (Gusserow) e, per il metodo intraperitoneale, tra il minimum del 0 0[0 (Dohrn) ed il maximum del 85. 71 0[0 (Säxinger). Chè se noi prendiamo in esame la statistica selezionata di Zweifel, che comprende soltanto i partigiani del metodo endoperitoneale abbiamo pure una oscillazione tra il 0. 0 0[0 (Dohrn) ed il 36. 8 0[0 (Leopold). Ora il fatto di queste enormi oscillazioni nella mortalità fra operatore ed operatore partigiani dello stesso metodo non significa che altri elementi possano efficacemente contribuire, all'infuori del trattamento del peduncolo, ad aggravare la mortalità? Prendiamo ora invece, per esempio, in

esame due statistiche di operatori partigiani di metodi diversi *con numero di casi eguale all'incirca*, quella di Kaltenbach (l. c.) e quella di Brennecke (1). Il Kaltenbach in 22 casi operati col metodo extraperitoneale ebbe un caso di morte, il Brennecke sopra 18 casi operati col metodo endoperitoneale e con diversi processi (Olshausen, Schroeder e Martin), non ebbe alcun morto. Tali confronti non dimostrano a sufficienza, *non danno quasi la riprova come coll'uno e coll'altro metodo si possono avere basse ed elevate mortalità?* Perchè dunque ricercarne la ragione quasi esclusivamente nel metodo del trattamento del peduncolo? Nè mi pare che anche lavori recentissimi sieno riusciti a dimostrare *collo studio delle statistiche complessive* la superiorità, in modo incontrovertibile, di un metodo sull'altro. Prendiamo per esempio in esame due lavori italiani che comprendono un ingente numero di fatti, quello del dott. Lauro (2)

---

(1) « Ein Wort für die Schroeder'sche Methode der Myomotomie. » *Zeischrift f. Gyn.*, 1891.

(2) V. Lauro. « Del trattamento del peduncolo uterino in seguito di laparo-isterectomia per miofibromi. » Napoli, 1893. Riproduco qui le statistiche del dott. Lauro:

Metodo extraperitoneale.

	Casi	Guarig.	Morti			Casi	Guarig.	Morti	
Albert	30	29	1		Pasquali	1	1	—	
Acconci	1	—	1		Pestalozza	1	1	—	
Bastianelli	4	4	—		Pozzi	16	13	3	
Carle	14	12	2	*a*)	Segond	20	11	9	
Calderini	1	—	1	*a*)	Simone (De)	4	4	—	
Durante	23	21	2		Salvia	3	3	—	
Ferraresi	4	4	—		Terrillon	28	23	5	
Gallozzi	1	1	—		Tauffer	51	39	12	
Inverardi	1	—	1		Terrier	38	23	15	
Jacobs	2	2	—		Turretta	1	—	1	
La Torre	1	1	--		Tricomi	3	2	1	
Hégar	18	18	—		Zuco	4	4	—	
Mangiagalli	41	39	2	*a*)		313	257	56	
Mugnai	1	1	—			Mortalità 17. 8 0[0.			
Negri	1	1	—	*a*)					

Metodo intraperitoneale.

Acconci	2	2	—		Deletrez	18	18	—	
Bossi	12	12	—		Dim. de Ott	3	3	—	
Bastianelli	1	—	1		Dudley	1	1	—	
Bergesio	9	6	3	*a*)	D' Antona	2	2	—	*a*)
Calderini	3	2	1	*a*)	De Simone	2	2	—	
Cosentino	5	4	1		Di Giacomo	5	3	2	
Caruso	1	1	—		Durante	5	2	3	
Candia	1	1	—		Frusci	1	1	—	

a) Detratti i casi riportati già nella statistica Bergesio.

e quello del dott. Spinelli (1), comparsi quasi contemporaneamente nello scorso anno.

Il dott. Lauro raccoglie dal 1888 al 1893, 313 casi di isteromiomec-

---

	Casi	Guarig.	Morti	
Fasola	3	1	2	
Fritsch	27	16	11	
Gallozzi	1	1	—	
Inverardi	5	3	2	
Jacobs	3	3	—	
Kleeberg	1	1	—	
Lauro	2	2	—	
Lihotzhy	10	9	1	
Men. de Leon	11	9	2	
Mey	25	23	2	
Morisani	15	14	1	
Martinetti	1	1	—	
Mangiagalli	10	9	1	*a*)
Negri	1	1	—	*a*)
Paladini	1	1	—	
Pinzani	1	1	—	
Postiglione	1	1	—	
Richelot	16	13	3	
Ruggi	8	8	—	*a*)
Raffa	2	2	—	*a*)
Storchi	2	2	—	
Spinelli	1	1	--	
Salvia	1	1	—	
Salin	1	1	—	
Terrillon	26	23	3	
Terrier	8	4	4	
Treube	57	52	5	
Truzzi	1	1	—	
Tansini	2	2	—	
Tibone	1	—	1	
Tricomi	1	1	—	
Von Neuem	53	51	2	
Zweifel	43	42	1	
	412	360	52	

Mortalità 12. 7 0[0.

METODO INTRAPERITONEALE.

	N. dei casi	Morte	Mortalità	Anno
Statist. Wehmer	312	88	28.2 0[0	1887
» Zweifel	116	38	32.7 »	1888
» Hofmeier	164	54	32.9 »	1889
Casi di Leopold	22	5	22 »	1890
Statist. Bergesio	110	27	24.5 »	1890
» Lauro	412	52	12.7 »	1893
	1136	264	23.2 0[0	

METODO EXTRAPERITONEALE.

	N. dei casi	Morte	Mortalità	Anno
Statist. Wehmer	262	63	24 0[0	1887
» Zweifel	130	29	22.3 »	1888
» Hofmeier	38	6	15.5 »	1889
Casi di Leopold	34	7	20.9 »	1890
Statist. Bergesio	60	19	31.6 »	1890
» Lauro	313	56	17·8 »	1893
	837	180	21.5 0[0	

(1) P. G. SPINELLI. « Contributo alla chirurgia dei fibromiomi utertni. » Napoli, 1893. Riproduco qui le statistiche del dott. Spinelli :

STATISTICA DELLE ISTERECTOMIE CHE RIENTRANO NEL METODO DI TRATTAMENTO DEL PEDUNCOLO ALLA SCHROEDER.

	N. delle op.	Morti
Schroeder	135	41
Martin	135	46
Leopold	41	12
Ruggi	55	11
Treub	57	5
Spencer Wels	26	10
V. Mey	25	2
Gusserow	23	6
Brennecke	22	1
Bergesio	19	5
Frommel, Hofmeier } Landau	57	7
Chroback	17	0
Mangiagalli	13	3
Mo	13	8
Schultze	12	3
Tauffer	12	4
Werth	11	3
Runge	11	4
Mendes de Leon	11	2
Dohrn	9	0
Calderini	9	3
Morisani	8	1
Carle	8	0

tomia col metodo extraperitoneale con 56 morti ed una mortalità del 17.8 0[0 e 412 casi col metodo intraperitoneale con 52 morti e con una mortalità del 12.7 0[0. Lo Spinelli, comprendendo anche statistiche antecedenti al 1888, raccoglie, per il metodo endoperitoneale, 983 casi con 235 morti e colla mortalità del 23.8 0[0. Il Lauro poi riunendo le statistiche di Wehmer, di Zweifel, di Hofmeier, di Leopold, di Bergesio e la propria dà un complesso di 1136 casi trattati coll' affondamento del peduncolo con 264 morti, cioè colla mortalità del 23.2 0[0 e di 837 col metodo extraperitoneale con 180 morti con una mortalità del 21.5 0[0.

Le statistiche complessive anche recentissime non riescono dunque a dimostrare in modo indiscutibile la superiorità dell' uno e dell' altro metodo. Le statistiche complessive per quanto diligenti hanno poi sempre

---

	N. delle oper.	Morti		N. delle oper	Morti
C. Braun	7	4	Inverardi	4	1
Säxinger	7	6	D'Antona	4	2
Poggi	6	1	Novaro	3	1
Durante	5	3			
Cosentino	5	1		775	199
De Giacomo	5	3		Mortalità 25.6 0[0.	

PROCESSI CHE RIENTRANO NEL TRATTAMENTO DEL PEDUNCOLO COL LACCIO ELASTICO O COL CORDONCINO DI SETA, AFFONDATI.

	N. delle op.	Morti		N. delle op.	Morti
Olshausen	29	9	Bossi	3	0
Terrillon	28	3	Fasola	3	0
Fritsch	27	11	Negri	2	0
Richelot	16	3	D' Antona	2	0
Terrier	8	4			
Cuzzi	5	1		127	31
Morisani	4	0		Mortalità 24 0[0.	

PROCESSI CHE RIENTRANO NEL METODO ZWEIFEL.

	N. delle op.	Morti		N. delle op.	Morti
Zweifel	51	2	Dambrowsky	1	0
Richelot	21	2	Spinelli	1	0
Duboury	4	0	Inverardi	1	1
Dmittri de Ott	3	0			
Johannowsky	2	0		86	5
Morisani	2	0		Mortalità 5.2 0[0.	

	N. dei casi	Morti
Processo Schroeder e proc. modificati	775	199
Laccio elastico o cordoncino, affondati	127	31
Processo Zweifel e processi modificati	86	5
	983	235

Ossia una percentuale del 23.8.

l'inconveniente di comprendere i casi più disparati e di essere incomplete, per cui sarebbe facile dimostrare come aggiugendo alcune statistiche non conosciute dagli indicati autori si possa, a vece alterna, far pendere la bilancia in un senso o nell'altro. Un fatto è con esse dimostrato, *la diminuzione progressiva della mortalità tanto col metodo extraperitoneale che col metodo endoperitoneale.* Prescindendo da tale considerazione, notiamo in tali statistiche le stesse enormi oscillazioni nella mortalità tra i fautori dello stesso metodo, oscillazioni che lasciano peritanti nel valutare le conclusioni generali che se ne vorrebbero trarre. Così nelle statistica di Lauro vediamo:

Nella tabella del metodo extraperitoneale:

Hégar (18 casi, 0 morti), Albert (30 casi, 1 morte), Durante 23 casi (2 morti), Mangiagalli (41 casi, 2 morti) con una somma complessiva di 112 casi e 5 morti, colla mortalità del 4. 46 0[0 ed invece Terrillon (28 casi, 5 morti), Tauffer (51 casi, 12 morti), Terrier (38 casi, 15 morti) con una somma complessiva di casi di poco superiore alla precedente, con 32 morti e colla mortalità del 27. 34, sestupla della precedente e:

Nella tabella del metodo endoperitoneale:

Dalla mortalità del 3. 73 0[0 (Von Neuem con 53 casi e 2 morti), del 6. 66 (Morisani con 15 casi e 1 morte), del 11. 53 (Terrillon con 26 casi e 3 morti), del 0. 0[0 (Bossi con 12 casi e 12 guarigioni), (Deletrey con 18 casi e 18 guarigioni) alla mortalità del 40 0[0 (Inverardi con 5 casi e 2 morti e di Giacomo pure con 5 casi e 2 morti), del 40. 74 0[0 (Fritsch con 27 casi ed 11 morti), del 60 0[0 (Durante con 5 casi e 3 morti). L'esame delle cifre accennate deve portare in tutti la convinzione *che il metodo statistico basato unicamente sulla classificazione dei casi spettanti a molti operatori a seconda del modo di trattamento del peduncolo, non possa condurre che a risultati poco attendibili,* ma deve anche invitare a cercare la ragione per cui operando collo stesso metodo si possano avere risultati così diversi, quando certo non se ne può incolpare l'imperizia degli operatori. Forse in nessun campo della chirurgia si ha, come nei fibromi uterini, una così straordinaria varietà di casi, di circostanze, che devono essere ponderate ed analizzate nell'apprezzare i risultati ottenuti, ed aggiungo che forse in nessun campo come in questo gli operatori si sono così poco preoccupati di fornirci gli elementi di un giudizio sereno, preoccupati eccessivamente per non dire unicamente dalla questione del peduncolo.

Se le statistiche complessive dei due metodi fondamentali del trattamento esterno del peduncolo e del suo affondamento, molto incomplete del resto, malgrado gli sforzi dei ricercatori, ed anche inesatte, perchè fanno rientrare in determinati processi casi che non vi appartengono, non riescono a dimostrarci con fondamento sicuro quale dei due meriti la preferenza, ci lascia nell' eguale incertezza l'esame delle statistiche dei singoli processi in cui ogni metodo si divide. Se per il trattamento esterno, a parte piccole variazioni di poca importanza, si può dire non esistere che un solo processo, nel quale possono essere comprese tutte le accennate modificazioni, nell'apprezzamento della mortalità, lo stesso non può dirsi riguardo al metodo endoaddominale. Per questo è necessario che l'indagine si rivolga ai diversi procedimenti operativi in cui si divise.

Quale influenza ebbe l'applicazione della legatura elastica sulla mortalità del metodo addominale?

Quali sono i risultati col metodo Schroeder?

Quali sono i risultati col processo di Zweifel?

Quali i risultati col processo retroperitoneale?

È quasi impossibile il ricercare nelle statistiche la soluzione di tali quesiti. Aggiungasi come il periodo dal 1888 al 1894 rappresenti per molti operatori, forse per tutti, un periodo di continua evoluzione: valga l'esempio di Fritsch il quale passa e ripassa dal metodo extraperitoneale all'endoperitoneale, e finalmente si dichiara per l' ablazione totale dell' utero (1). E riguardo al laccio elastico valga l' esempio di Richelot. Mentre una tesi di Wirbel (2) (1890), sosteneva la preferenza da darsi al laccio elastico, quella di Guilleminot (3) (1893), che, come la prima, si ispira all'opera dello stesso chirurgo, dimostra l'efficacia della costrizione con seta.

Lo Spinelli nel lavoro accennato tenta la soluzione statistica del problema, ma senza riuscirvi completamente. Egli dà, per il processo di Schroeder e per i processi che in esso rientrano, una statistica di 775 casi con una mortalità del 25. 6 0[0, ma fa rientrare in esso i casi di Chroback, operati col processo retroperitoneale, che deve essere conside-

---

(1) « Bericht ueber die Gynaekologischen Operationen des Jahrgangs. » 1891-92.

(2) « De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. » Paris, 1890.

(3) « Traitement du pédicule intrapéritoneal dans l'ablation des fibromes utérins. » Paris, 1893.

rato a parte: per quello di Olshausen, facendo rientrare in questo processo i casi trattati con cordoncino di seta, la mortalità del 24 0[0, mentre riunisce poi 86 casi operati col processo di Zweifel colla mortalità del 5. 2 0[0. Tali statistiche, dal confronto delle quali, risulterebbe dimostrata così evidentemente la superiorità del processo Zweifel, non sono però in alcun modo confrontabili. Le due prime statistiche comprendono un gran numero di casi che risalgono quasi all' infanzia della miomectomia coll' affondamento del peduncolo, mentre la statistica del processo di Zweifel non comprende che casi recentissimi. Le due prime statistiche comprendono 44 operatori. La terza ne comprende 9 e lo Zweifel vi prende parte egli solo con 51 casi. Ai notevoli risultati ottenuti col processo di Zweifel, fanno del resto riscontro i successi del processo retroperitoneale. La statistica di questo, che è tutta molto recente, conta al suo attivo i felici risultati di Chroback (18 casi con 1 morte) (1), di Bassini (mortalità 8 0[0 secondo una comunicazione epistolare), di Johannowsky (2) (23 casi con 4 morti), di Boer (11 casi con 1 morte). Poco favorevoli furono invece i risultati di Hofmeier, che rivendica egli pure, al pari di Bassini, la priorità del metodo, avendo avuto 5 morti sopra 11 casi (3). È interessantissima la lettura del recente e diligentissimo lavoro di Edward v. Meyer (4), che riassume l'esperienza di Czerny durante 15 anni. Sopra 30 casi di isteromiomectomia col trattamento esterno, si ebbero 7 casi di morte, colla mortalità del 23. 3 0[0, ma negli ultimi 12 casi, solo un caso di morte colla mortalità del 8. 3 0[0, mentre sopra 21 casi trattati coll'affondamento del peduncolo, si ebbero 4 morti colla mortalità del 19 0[0, ma negli ultimi 12 casi, 1 solo caso di morte colla mortalità del 8. 3 0[0. Nella statistica di Meyer, nell'ultima serie di casi, la mortalità è eguale per i due metodi endo ed extraperitoneale. Se noi esaminiamo invece un'altra statistica pure recente di un celebrato laparotomista, non compresa come l' antecedente nei lavori di Lauro e di Spinelli, quella esposta da Bantoch, nell'aprile 1893, alla società gi-

---

(1) « Ueber abdominale Myomoperationen. » *Centr. f. Gynaek.*, N. 20, 1893.

(2) Max Rey. « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chroback. » *Prager Medizinische Wochenschrift*, N. 20-21, 1893.

(3) « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomoperationen. » *Centr. f. Gyn.*, N. 48, 1893.

(4) « Die operative Behandlung der Uterusmyome in den Jahren 1878-92. » *Zeitschr. f. Geburth., u. Gynaek.*, XXVII Bd., 2 H., 1893, XXVIII Bd., 1 H., 1894.

necologica Brittannica (*The British Gynaekological Journal,* marzo 1893), abbiamo 129 casi di trattamento extraperitoneale con 22 morti e 9 casi di trattamento endoperitoneale con 7 morti. Lo studio diligente delle statistiche non permette, a mio avviso, che di trarre queste conclusioni:

1.° La mortalità di tutti i metodi operatorii è andata diminuendo dal 1878, anno in cui lo Schroeder faceva la sua prima comunicazione in Cassel ai medici e naturalisti tedeschi, ad oggi.

2.° Le statistiche individuali di operatori provetti, esperimentati, devono necessariamente avere la prevalenza sulle statistiche complessive che risultano riunendo i casi di un gran numero di operatori.

3.° Alla diminuzione della mortalità contribuisce molte volte non tanto il cambiamento del metodo quanto la cresciuta abilità clinica opetoria del chirurgo.

4.° La mortalità generale della isteromiomectomia deve considerarsi come superiore a quella espressa dalle statistiche dei singoli metodi e processi, per l' esclusione che in queste si fanno di casi incompletamente operati, con esito letale, oppure di casi, in cui, pur avendosi l'esito letale, si cambiò metodo per l'insorgenza di gravi accidenti.

5.° L' esame delle statistiche individuali, dimostra che con ogni metodo si può avere una mortalità relativamente bassa.

Col metodo extrapeririteneale noi abbiamo le statistiche di Kaltenbach, Durante, Albert, Hegar.

Col metodo addominale, processo di Schroeder, noi abbiamo le statistiche di Brennecke e di Treube.

Col metodo addominale, processo di Zweifel, noi abbiamo le statistiche di Zweifel e Richelot.

Col metodo retroperitoneale noi abbiamo le statistiche di Chroback, Bassini, Johannovsky.

Però la dimostrata possibilità di ottenere coi metodi endoperitoneali gli stessi favorevoli risultati che si hanno col metodo extraperitoneale ha un valore che non può sfuggire ad alcuno.

Finchè la statistica parlava eloquentemente a favore del metodo extraperitoneale, tutte le obbiezioni fatte a questo (maggior lunghezza del trattamento post-operatorio, predisposiziono all'ernia post-operatoria, tendenza al cistocele (Spinelli), perdevano ogni importanza di fronte al maggior numero di vite salvate. Ora invece la dimostrata possibilità, per parte di statistiche individuali, di avere coll'affondamento del peduncolo

risultati, se non più splendidi, almeno eguali a quelli del metodo extraperitoneale, non solo accresce valore a queste obbiezioni, ma le rende soverchianti a favore del metodo dell'affondamento del peduncolo, dal quale non havvi ragione perchè altri operatori non possano avere gli stessi risultati ottenuti da Chroback, da Zweifel, ecc. E fra tutti i processi che fanno capo a questo metodo, quello di Zweifel, ove si tengano inegualmente lunghi i lembi peritoneali, perchè più spiccio e perchè mette quasi al sicuro dalla infezione del canale cervicale, dando nello stesso tempo solide garanzie di efficacia emostatica, mi pare meriti la preferenza. *La lotta fra metodo extraperitoneale e metodo endoperitoneale poteva dunque prevedersi come prossima a finire col trionfo definitivo di questo.*

Senonchè mentre le brillanti statistiche di alcuni operatori parevano rendere non lontano il tramonto del trattamento extraperitoneale, l'*asportazione totale dell'utero* entrò in lizza, quasi a voler rendere vana e oziosa la questione del trattamento del peduncolo. Noi dobbiamo qui considerare separatamente l'asportazione totale per via vaginale e quella per via addominale, comprendendo in questa il metodo misto vagino-addominale, riguardo al quale d'altronde, sembra farsi universale il consenso, non esservi alcuna sua superiorità sul metodo che si propone di asportare l'utero in totalità esclusivamente per via addominale, quando trattisi di fibromi uterini.

L'asportazione totale dell' utero per via vaginale, non può confrontarsi nè col metodo extraperitoneale nè con quello endo-addominale perchè non possiede il carattere fondamentale di questi, di essere *generale*, applicabile cioè a tutti i casi. Possono variare i limiti della sua applicazione da chirurgo a chirurgo, può considerarsi come notevolmente esteso il suo campo dalla forcipressura e dallo spezzettamento (*morcellement*), ma si deve nello stesso tempo riconoscere come in un gran numero di casi, almeno quali ora si presentano al clinico, non possa essere applicato. Certo i risultati con essa ottenuti sono soddisfacenti, e così soddisfacenti da ritenersi quasi tramontata la castrazione, poichè i casi, a cui questa era specialmente applicabile, possono ormai considerarsi come di spettanza della isterectomia vaginale. E questa vedrà estendere maggiormente il suo dominio, perchè la relativa innocuità dell'operazione inviterà i chirurghi ad operare più estesamente e precocemente i fibromi uterini, quando il loro sviluppo è ancora modico.

A far comprendere il valore della operazione, mi basti il citare i

risultati ottenuti da Doyen (1) e quelli di Péan, il quale nell' ultimo Congresso di chirurgia francese dell' anno passato, riferì di 300 casi colla mortalità del 2 0[0 circa. Essa può dirsi una operazione ormai volgarizzata ovunque. Riguardo al metodo da seguirsi, se non si tratta di piccolissimi fibromi, io, non partigiano in via generale della forcipressura e dello spezzettamento, ne ritengo indispensabile o almeno utilissima l' applicazione ai casi di fibromi uterini, quando questi oltrepassino un certo volume. Dei due processi di Doyen e di Péan, per quanto la mia scarsa esperienza mi permette di giudicare, preferisco il secondo nella sua parte essenziale di assicurare mano mano l'emostasi, applicando pinze di volume relativamente piccolo, successivamente dal basso all' alto, incidendo l' utero all' avanti, all' indietro, ai lati, ovvero svuotandolo centralmente a norma della speciale topografia del tumore o dei tumori.

Riguardo all'isterectomia addominale, esaminiamo innanzitutto i documenti che possediamo. La statistica raccolta dallo Spinelli, ci dà una serie di 131 casi e 29 morti con una mortalità del 22. 1 0[0.

La statistica *complessiva* ci porgerebbe dunque una mortalità che si aggira, poco su, poco giù, attorno a quella del metodo extraperitoneale e endo-addominale. Ciò che varrebbe a dimostrare una volta di più che altri elementi oltre al trattamento del peduncolo, oltre al metodo, devono essere presi in considerazione riguardo al pronostico; nè manca in detta statistica un elemento comune alle statistiche dei metodi endo ed extraperitoneali, cioè *le oscillazioni notevoli nella mortalità fra i singoli operatori.* Infatti nella statistica dello Spinelli, prescindendo dagli operatori che hanno un numero eccessivamente scarso di casi per trarne elementi di giudizio, noi vediamo:

	Casi	Morte	Mortalità		Casi	Morte	Mortalità
Bardenheuer .	7	1	14. 28 0[0	Inverardi	8	3	37. 50 0[0
Martin (1.ª serie)	30	8	26. 26 »	D'Antona . . .	8	2	25. — »
Doyen	11	1	9. 09 »	Morisani . . .	5	3	60. — »
Novaro . . .	14	1	7. 14 »	Mo	5	2	40. — »

La prognosi di questa operazione migliora progressivamente come quella degli altri metodi operatorii. Così p. es. il Chroback (2) riferisce recentemente 20 casi di esportazione totale addominale tutti seguiti da

(1) « Deux procédés inédits d'hystérectomie abdominale et vaginale. » Paris, 1893.

(2) « Ueber abdominale Myomoperationen. » *Centr. f. Gyn.*, N. 20, 1893.

guarigione e nell' ultima edizione del trattato di Martin (1) si rilevano, oltre ad 8 casi di Mackenrodt con 1 caso di morte, 97 operazioni dell' autore stesso: 43 volte il peritoneo non venne chiuso e si ebbero 8 casi letali, cioè il 30. 23 0[0 di mortalità e 54 volte venne chiuso e si ebbero 5 morti, cioè una mortalità del 9. 5 0[0. Meyer (l. c.) riferisce 4 casi con esito felice e 1 caso incompleto con esito letale; Lennander (2) 16 casi con 16 guarigioni, mentre Chroback in una recentissima pubblicazione (3) porta a 29 i suoi casi con 2 casi letali, in opposizione a 46 casi di trattamento retroperitoneale con 4 casi di morte: d'altra parte all'ultimo congresso di chirurgia francese, Boeckel riferisce 4 casi con 1 morte, Jacobs 9 casi con 4 morti, Routier 6 casi con 3 morti (metodo addomino-vaginale), Goullioud 1 casi con 1 morte (idem).

L'esame spassionato delle statistiche dimostrano dunque che, indipendentemente dal modo di trattamento del peduncolo, noi possiamo avere delle notevoli oscillazioni nella mortalità e nello stesso tempo come questa possa essere contenuta entro limiti molto bassi sia assicurando il moncone all'utero, sia affondandolo, sia eliminandolo mediante l'asportazione totale.

Tale diversità di risultati non si può spiegare se noi non ammettiamo l' influenza preponderante di altri fattori, all' infuori del trattamento del peduncolo, elementi, che come ho già indicato, possono esserci offerti dalla maggiore o minor larghezza della indicazione, dalla maggior o minor esperienza dell' operatore qualunque sia il metodo a cui si appigli, dal volume e dalla topografia del tumore, dalle complicanze eventuali, locali o generali, piosalpinge, icorizzazione del tumore, cistopielonefrite, vizii cardiaci, anemia estrema, ecc.

Quale sia l'influenza dei singoli fattori annunciati, è difficile determinare, prendendo in esame la maggior parte delle statistiche redatte quasi esclusivamente allo scopo di dimostrare la superiorità di questo o quel metodo operatorio. Mi sia perciò concesso di esporre ed analizzare i casi da me operati, non solo dal punto di vista del processo seguito, ma da un punto di vista clinico più complesso.

---

(1) « Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten. » Dritte Auflage, 1893.

(2) « Ueber abdominale Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Totalexstirpation des Uterus wegen Myom. » *Centr. f. Gyn.*, N. 2, 1894.

(3) « Zur retroperitonealen Stumpfversorgung, bei Myomotomie. » *Centr. f. Gyn.*, N. 2, 1894.

STATISTICA PERSONALE.

Isteromiomectomie parziali e totali eseguite nel quinquennio 1889-93 con esclusione delle miomectomie vaginali e addominali (1).

Num. progress.	Generalità	Sintomi	Diagnosi	Operazione	Esito	Osservazioni
1	S. Angela, 40 anni. Milano. Nullip.	Emorragie. Dolori.	Fibromi multipli interstiziali.	14 gennaio 1889. Trattamento esterno del peduncolo.	† per cloroformio	Non indicato il peso del tumore. Utero grosso come in una gravidanza al sesto mese.
2	P. Maria, 42 anni. Milano. IIpara.	Volume notevole. Dolori. Vomito insistente. Disturbi vescicali.	Fibromi multipli a sviluppo infraligamentario.	23 gennaio 1889. Trattamento esterno del peduncolo.	† in 7.ª giornata per esaurim.	Peso dei tumori 8 kilogrammi. Numerose aderenze omentali. S iliaca strettamente applicata alla massa neoplastica.
3	B. Maria, Bellano, 48 anni. Nullipara.	Disuria e stranguria. Fenomeni di compressione del retto.	Voluminoso fibroma interziale e sottosieroso (parete posteriore). *Insufficenza mitrale.*	5 maggio 1889. Trattamento esterno del peduncolo, costrizione elastica segmentata coll'ago di Kaltenbach.	Guarigione	Non indicato il peso del tumore. Utero grosso come in gravidanza al quinto mese.
4	B. Maria, 42 anni, Agnadello. Nullip.	Emorragie. Disuria.	Fibroma infraligamentario posteriore e laterale sinistro.	10 maggio 1889. Trattamento esterno del peduncolo.	† setticemia	A frenare l'emorragia è necessario lasciare alcuni klemmer a permanenza. Peso del tumore 2800 grammi.
5	V. Antonia, 39 anni. Milano. Nullip.	Metrorragie. Disturbi gastrici.	Fibromi multipli.	21 giugno 1889. Trattamento esterno del peduncolo. Processo di Hacker-Wolfler.	Guarigione	Peso dei tumori 1900 grammi.
6	C. Maria, 42 anni. Olginate. Nullip.	Defecazione difficoltata. Locomozione dolorosa.	Fibromi multipli interstiziali e sottosieresi, uno dei quali incarcer. nella pelvi.	27 giugno 1889. Trattamento esterno del peduncolo.	† setticemia	Non indicato il peso dei tumori.
7	Bal. Francesca, 51 anni. Milano. IIp.	Aumento progressivo del ventre malgrado la *menopausa*. Trattam. Apostoli infruttuoso.	Fibromi multipli.	23 dicembre 1889. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso dei tumori gr. 4565.
8	M. Regina, 40 anni. Milano. IIIpara.	Metrorragie. Aumento rapido. Fatti peritoneali violenti con febbre.	Voluminoso fibroma impiantato con larga base sul fondo con torsione dell'utero e aderenze estesissime da recente peritonite.	1 maggio 1890. Affondamento del peduncolo. Processo Schroeder.	Guarigione	Peso 1350 gr.
9	P. Clotilde, 43 anni. Milano. 5 aborti.	Metrorragie.	Enorme polipo fibroso con inversione uterina.	4 giugno 1890. Isteromiomectomia vaginale.	Guarigione	—

				Olshausen, laccio elastico, sutura del moncone.		
13	Verp. Angela, 40 anni. Brignano. Nullipara.	Metrorragie, dolori, già operata di castrazione.	Fibromi multipli interstiziali sottomucosi e sottosierosi.	8 ottobre 1890. Isterectomia vaginale, legatura con seta.	Guarigione	—
14	Ri. Maria, 33 anni. Paderno. Vpara.	Aumento rapido del tumore.	Fibroma interstiziale.	15 dicembre 1890. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore gr. 1400.
15	Mas. Carolina, 45 anni. Milano. Nullipara.	Emorragie, dolori, fu infruttuosa la cura Apostoli.	Fibromi multipli sottosierosi e interstiziali.	19 dicembre 1890. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso dei tumori gr. 1780.
16	Van. Teresa, 31 anni. Cannero.	Dolori, aumento rapido del ventre.	*Mancanza della vagina.* Fibroma di corno uterino di utero unicorne con corno rudimentale.	20 dicembre 1890. Processo che si può riportare a quello di Schroeder.	† per emorragia	Laparotomia secondaria, si riesce a praticare l'emostasi ma l'ammalata soccombe 3 giorni dopo a progressivo esaurimento.
17	Alb. Giuditta, 40 anni. Abbiategrasso. Vpara.	Febbre altissima, scolo putrido dalla vagina.	Fibromi multipli a sviluppo infraligamentario. *Sfacelo e suppurazione di un tumore con seno fistoloso vaginale, setticemia.*	7 gennaio 1891. Esportazione totale per via addominale, lacerazione vescica e sutura, fognatura con garza jodoformica.	† collasso	L'ammalata era già in preda a grave setticemia al momento della operazione. Peso delle masse esportate circa gr. 4000.
18	Frig. Giuseppa, 43 anni. Castelseprio. Nullipara.	Metrorragie.	Fibroma interstiziale con *piccola cisti ovarica destra.*	14 gennaio 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore gr. 1050.
19	Cas. Cecilia. 42 anni, Milano. Nullipara.	Metrorragie, dolori, edemi. Infruttuosa la cura Apostoli.	Fibromi interstiziali con *stenosi ed insufficenza mitrale.*	25 gennaio 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	—
20	Cal. Adele, 35 anni. Milano. Ipara.	Notevole e rapido sviluppo dei tumori.	Fibromi multipli.	27 febbraio 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso dei tumori gr. 1750.
21	Cod. Luigia, 43 anni. Milano. IIpara.	Metrorragie, dolori.	Fibromi multipli sottosierosi interstiziali e sottomucosi.	16 aprile 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore gr. 1450.
22	Car. Carolina, 57 anni. Milano. IVp.	Metrorragie dopo la menopausa.	Voluminoso fibroma interstiziale. *Insufficenza mitrale.*	17 aprile 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Emorragia secondaria per rottura del laccio, frenata coll'apposizione di nuovo laccio e con alcune legature. Peso del tumore gr. 1650.
23	Col. Maria, 43 anni. Milano. IIpara.	Metrorragie, febbre; già curata col metodo Apostoli e colle irrigazioni ipoderm. di ergotina.	Fibromi multipli a sviluppo infraligamentario. *Sfacelo di un tumore.*	4 maggio 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso della massa esportata grammi 2650.

(1) In alcune statistiche antecedenti vennero comprese anche queste, unitamente ad alcuni casi di fibromi del corpo associati a cancro del collo che qui non si considerano. Nella statistica attuale sono compresi anche i casi operati alla Casa di Salute.

Num. progress.	Generalità	Sintomi	Diagnosi	Operazione	Esito	Osservazioni
24	Mar. Maria, 42 anni. Vignate. Nullip.	Metrorragie.	Voluminosissimo fibroma a sviluppo infraligamentario. Gozzo volumin.: reliquati di pleuro polmonite destra.	27 maggio 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione dell'atto operativo	Decorso ideale post-operatorio. Insorgenza in quattordicesima giornata di una meningite suppurata dovuta probabilmente ad un piccolo focolaio residuo di pneumonite destra superata 30 giorni prima della operazione. Autopsia assolutamente negativa riguardo al peritoneo ed agli organi addominali-pelvici. *Notevole la scomparsa completa del gozzo nel corso della meningite.* Peso del tumore gr. 5300.
25	Bot. Luigia, 42 anni. Milano. Ipara.	Metrorragia, dolori. Cura Apostoli infruttuosa.	Fibroma interstiziale.	19 luglio 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	—
26	Sp. Luigia, 40 anni. Milano. Nullipara.	Metrorragie, iscuria.	Voluminoso fibroma a sviluppo infraligamentario con *piccola cisti ovarica destra papillomatosa.*	3 ottobre 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Non è indicato il peso del tumore.
27	Vals. Giulia, 35 anni. Lecco. Nullip.	Emorragie.	Fibroma interstiziale del corpo uterino.	9 ottobre 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quarto mese.
28	Cast. . . ., 36 anni. Milano. Nullipara.	Metrorragie imponenti. Anemia grave.	Voluminoso fibroma interstiziale.	19 ottobre 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in una gravidanza al sesto mese.
29	De G. Antonietta, 31 anni. Nullipara.	Emorragie, dolori.	Fibromi multipli dell'utero. *Insufficienza mitrale.*	27 novembre 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in una gravidanza al quarto mese.
30	Ghg. Luigia, 34 anni. Milano. Nullipara.	Iscuria.	Fibroma a sviluppo infraligamentario. Degenerazione cistica dell'ovaio di destra.	18 dicembre 1891. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore gr. 950.
31	Col. Michelina, 32 anni. Milano. Nullipara.	Emorragie, dolori.	Fibroma voluminoso interstiziale. *Insuffic. mitrale.*	29 gennaio 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore gr. 1250.
32	Mal. Maria, 43 anni. Paderno. IX-para.	Disturbi meccanici.	Fibroma interstiziale con cisti ovarica destra a sviluppo infraligamentario.	3 febbraio 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Due mesi dopo l'operazione moriva improvvisamente per paralisi cardiaca in conseguenza di una corpacciata. L'autopsia oltre una enorme distensione dello stomaco per cibi incompletamente masticati trovò una zampa di pollo, metà nell'esofago metà nello stomaco.

	ni. Milano. Nullip.	vescicale. Edemi. Volume notevole.	infraligamentario.	esterno del peduncolo.		
36	De V. Innocenta, 45 anni. Milano. Ipara.	Emorragia. Curata infruttuosamente col metodo Apostoli.	Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi.	13 aprile 1892. Affondamento del peduncolo. Laccio elastico sul moncone previa legatura separata dagli annessi. Sutura del moncone.	Guarigione	Tumore della grandezza di utero gravido al quinto mese.
37	Unb. Matilde, 43 anni. Milano. Nullip.	Emorragie, dolori.	Fibroma interstiziale.	3 maggio 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quinto mese.
38	D. Giuseppa, 39 anni. Milano. Nullip.	Emorragie.	Voluminoso fibroma interstiziale. Vizio doppio mitrale.	11 maggio 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al settimo mese.
39	Pogl. Emilia, 47 anni. Affori. XIpara.	Emorragie.	Fibroma interstiziale.	21 maggio 1892. Affondamento del peduncolo previa legatura frazionata degli annessi. Laccio elastico e sutura moncone.	Guarigione	Peso tumore gr. 1550.
40	Grang. Giovanina, 47 anni. Milano. Nullipara.	Metrorragie.	Fibromi multipli interstiziali e sottomucosi.	4 giugno 1892. Isterectomia vaginale, legature in seta.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quarto mese.
41	Cis. Leopolda, 41 anni. Milano. IIp.	Emorragie, anemia estrema: già curata col metodo Apostoli.	Fibroma a sviluppo infraligamentario.	29 giugno 1892. Trattamento esterno del peduncolo, tumore in intimo rapporto coll' S iliaca.	Guarigione	Peso del tumore gr. 2000.
42	V... Milano. Pluripara.	Emorragie grave.	Fibroma interstiziale o sottomucoso.	2 luglio 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quinto mese.
43	Cl., 53 anni. Legnano. Pluripara.	Emorragia, cachessia avanzata.	Fibromi multipli interstiziali e sottomucosi.	4 luglio 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al settimo mese.
44	Cast. Angela, 36 anni. Cesano Maderno. Nullipara.	Metrorragie.	Fibroma interstiziale.	24 agosto 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quinto mese.
45	Best. Angela, 44 anni. Vaprio d'Adda. Nullipara.	Iscuria.	Fibromi multipli.	4 settembre 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Tumore del volume di un utero gravido al quinto mese.
46	Cast. Maria, 48 anni. Crescenzago.	Metrorragie.	Fibroma sottomucoso.	12 ottobre 1892. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	—
47	Son. Irene, 45 anni. Milano. Pluripara.	Metrorragie, dolori.	Fibroma interstiziale.	21 ottobre 1892. Isterectomia vaginale, forcipressura.	Guarigione	Utero di volume quadruplo del normale.

Num. progress.	Generalità	Sintomi	Diagnosi	Operazione	Esito	Osservazioni
48	Fr. Angela, 42 anni. Milano. Nullipara.	Emorragie.	Voluminoso fibroma a sviluppo infraligamentario destro e posteriore.	9 novembre 92. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore gr. 1650.
49	Gar. Adele, 39 anni, Milano. Pluripara.	Emorragie.	Voluminoso fibroma interstiziale.	19 novembre 92. Trattamento esterno del peduncolo.	†	Peso del tumore gr. 1750. L'autopsia dimostra come causa di morte una enorme ectasia gastrica. Lo stomaco occupava tutto quanto l'addome.
50	Camp. Teresa, 38 anni. Milano. Nullipara.	Dolori. Turbe gastriche riflesse.	Fibromi multipli.	10 dicembre 92. Affondamento del peduncolo. Laccio elastico. Cauterizzazione, non sutura.	Guarigione	Tumescenza del volume di utero gravido al quinto mese.
51	Fen. Francesca, 44 anni. Cardano al Campo. Vpara.	Iscuria.	Fibroma interstiziale.	6 gennaio 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quarto mese.
52	Ors. Venuta, 31 anni. Pusiano. Nullipara.	Dolori.	Fibromi multipli.	25 gennnaio 1893. Affondamento del peduncolo, processo Schroeder. Vaste aderenze.	Guarigione	Peso dei tumori 1100 grammi.
53	V. Maria, 44 anni. Milano. IIIpara.	Emorragie.	Fibroma interstiziale. *Insufficienza mitrale.*	3 febbraio 93. Isterectomia vaginale. Forcipressura. Spezzettamento.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quinto mese.
54	E. Giovanna, 39 anni. Milano. Ipara.	Dolori vivissimi.	Fibroma interstiziale.	4 febbraio 1893. Isterectomia vaginale. Forcipressura.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al terzo mese.
55	Mon. Domenica, 42 anni. Tacene. Ip.	Emorragie.	Voluminoso fibroma del corpo uterino.	25 febbraio 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore 2800 gr.
56	Cast. Angela, 38 anni. Milano.	Dolori. Sviluppo rapido. Menorragie.	Fibroma interstiziale del corpo *con piccola cisti ovarica destra.*	15 marzo 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al sesto mese.
57	Maz. Giuseppa, 40 anni. Milano. 7 gravidanze.	Emorragie.	Fibromi multipli.	17 marzo 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza a termine.
58	Bon. Filomena, 46 anni. Inzago. IIp.	Sviluppo rapido del tumore.	Voluminoso fibroma a sviluppo infraligamentario.	12 aprile 1893. Trattamento retroperiton. Legature con seta.	Guarigione	Peso del tumore 4500 grammi.
59	Ort. Giuseppa, 36	Dolori. Turbe gastriche	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

61	D. Regina, 27 anni. Lonate. Nubile.	Dolori.	Voluminoso fibroma sottosieroso.	18 maggio 1893. Miomectomia con resezione del corno uterino di sinistra a scopo conservativo. Legatura annessi di sinistra. Sutura a piani.	Guarigione	Peso del tumore 1125 gr.
62	Mass. Antonia, 41 anni. Milano. IIp.	Emorragie.	Fibromi interstiziali e sottomucosi.	19 maggio 1893. Isterectomia vaginale. Forcipressura.	Guarigione	Utero del volume di una testa di adulto.
63	Vig. Maria, 53 anni. Lecco. IIIpara.	Dolori.	Fibromi multipli sottosierosi ed interstiziali.	26 maggio 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al settimo mese.
64	Mor. Teresa, 43 anni. Milano. Nullipara.	Emorragie. Cura Apostoli infruttuosa.	Fibroma interstiziale. *Ematosalpinge destro. Cisti ematica dell'ovaio destro.*	10 giugno 1893. Estesissime aderenze. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso del tumore gr. 650.
65	Ponz. Francesca, 43 anni. Paderno. Nullipara.	Dolori.	Fibroma a sviluppo infralig. lato destro e anteriore.	14 giugno 1893. Trattamento retroperitoneale.	Guarigione	—
66	Disc., 36 anni, Milano. Nullipara.	Paraplegia da 4 anni in rapporto colla compressione del tumore. Enorme denutrizione.	Enorme fibroma a sviluppo infraligamentario.	29 giugno 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	† collasso	Peso tumore gr. 7000. Aveva contratto rapporti colla colonna vertebrale, sollevando la massa intestinale e nella sua asportazione si denudò l'aorta alla sua biforcazione.
67	Bet. Giuseppa, 37 anni. Milano. Nubile.	Deperimento estremo.	Enormi fibromi multipli a sviluppo infraligamentario.	7 agosto 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	† collasso	Peso tumore kilogr. 11.
68	Ball. Carolina, 38 anni. Milano. Nullipara.	Dolori.	Fibromi multipli.	10 agosto 1893. Affondamento processo di Zweifel.	Guarigione	Peso dei tumori gr. 2100.
69	Del. Irene, 37 anni. Milano. Nullipara.	Dolori. Emorr. Edema della gamba destra.	Fibromi multipli a sviluppo infraligamentario.	11 agosto 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	† setticemia	Peso dei tumori gr. 5750.
70	Col. Isolina, 45 anni. Legnano. Nullipara.	Emorragie, dolori.	Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi.	7 settembre 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso dei tumori gr. 1360.
71	Cast. Maddalena, 51 anni. Monza. Nullipara.	Emorragie imponenti. Estrema anemia.	Fibromi multipli sottosierosi ed interstiziali.	9 settembre 1893. Affondamento del peduncolo. Processo di Zweifel.	Guarigione	Peso tumori gr. 2000.
72	Pang. Maria, 43 anni. Ello. Nullip.	Emorragie, dolori.	Fibromi multipli interstiziali e sottomucosi.	19 settembre 1893. Affondamento del peduncolo. Processo di Zweifel.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al sesto mese.

Num. progress.	Generalità	Sintomi	Diagnosi	Operazioni	Esito	Osservazioni
73	Isel. Francesca, 30 anni. Milano. Un parto.	Aumento rapido del ventre, dolori, emorragie.	Voluminoso fibroma infralig. complicante gravid. in terzo mese.	21 settembre 1893. Trattamento retroperitoneale.	Guarigione	Peso tumore gr. 2600.
74	Reg. Elisabetta, 45 anni. Milano. Nullipara.	Dolori, sviluppo enorme del ventre. Emaciamento.	Fibromi uterini multipli con piccola cisti ovarica destra colloidea, rotta spontaneamente e consecutiva peritonite pseudo-mixomatosa.	3 agosto 1893. Trattamento esterno del peduncolo. Drenaggio.	Guarigione	Il fibroma era del volume di una gravidanza al settimo mese.
75	Vil. Giuseppina, 43 anni. Merate. Nullipara.	Dolori, emorragie, sviluppo rapido.	Fibromiomi multipli a sviluppo infraligamentario.	17 ottobre 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso dei tumori gr. 3500.
76	M. Orma, 40 anni. Castagna. Nullipara.	Dolori, iscuria.	Fibromiomi multipli a sviluppo infraligamentario.	31 ottobre 1893. Trattamento retroperitoneale del peduncolo. Legatura con seta.	Guarigione	Peso della massa neoplastica gr. 2000.
77	Silv. Amalia, 48 anni. Verredo. Nullipara.	Dolori, sviluppo rapido.	Fibromi multipli, uno sottosieroso con torsione del peduncolo, l'altro infralig. sinistro.	24 novembre 1893. Trattamento retroperitoneale. Legatura con seta.	Guarigione	Peso dei tumori gr. 1850.
78	Gis. Adele, 30 anni. Milano. 4 aborti.	Emorragie profuse.	Fibromi multipli interstiziali sottosierosi e sottomucosi.	2 dicembre 1893. Trattamento retroperitoneale del peduncolo. Legatura con seta.	Guarigione	Peso tumore gr. 950.
79	Der. Carolina, 41 anni. Busto Arsizio. Nullipara.	Sviluppo enorme del ventre. Iscuria, edemi degli arti infer.	Fibromi multipti a sviluppo infraligamentario.	4 dicembre 1893. Trattamento esterno del peduncolo.	Guarigione	Peso dei tumori chilogr. 9.
80	Fer. Adele, 37 anni. Saronno. Nullipara.	Dolori, difficoltà nel mingere.	Fibroma sottosieroso con retroversione.	16 dicembre 1893. Affondamento del moncone costituito dal corpo uterino resecato in parte. Processo Zweifel.	Guarigione	Utero grosso come in gravidanza al quarto mese.

Dal punto di vista dell' argomento che ci occupa, mi sembra utile l'analisi critica della mia statistica. Nel quinquennio 1889-93 io ho operato 80 isteromiomectomie con tutti i metodi, con 11 morti, cioè colla mortalità generale del 13.75 0[0. A dimostrare quanto possano essere fallaci le conclusioni statistiche nella questione che stiamo discutendo, mi sia lecito dividere la mia esperienza in due periodi. Il primo abbraccia il biennio 1889-90, il secondo il triennio 1891-92-93. Tale divisione è locica e necessaria. Quando assunsi, sulla fine del 1888, la direzione del Comparto Ginecologico dell' Ospedale Maggiore, lo trovai incredibilmente disadatto ai suoi fini. Il biennio 1889-90 rappresenta appunto il periodo di prova, di organizzazione, sul quale gravano non solo le esitanze e i dubbi dell'operatore, ma tutti i difetti e gli inconvenienti di un sistema in via di lenta trasformazione. Ma oltre a questa ragione d' indole generale, avvene una speciale che deve aver molto peso nell'esame critico dei fatti. Nel biennio accennato, in casi di fibromi, io praticava, *di regola,* l'ablazione degli annessi, riservando la isteromiomectomia ai casi in cui la castrazione non era possibile. Era dunque, quasi senza eccezione, una *selezione in senso inverso* che io faceva per la isteromiomectomia, che in detto periodo di tempo, non operai che 16 volte (10 col trattamento esterno, 4 morti — 4 con affondamento del peduncolo, 2 morti — 2 isterectomie vaginali, 0 morti), colla mortalità complessiva del 37.50 0[0.

È solo nel triennio 1891-92-93 che io applicai metodicamente l' isteromiomectomia ai fibromi uterini ed è quindi i risultati della esperienza di questi ultimi tre anni che intendo qui discutere. Orbene, in tale periodo di tempo praticai 64 volte la isteromiomectomia con 5 morti, vale a dire colla mortalità complessiva del 7.85 0[0, contrasto veramente eloquente colla elevata mortalità del periodo antecedente e tanto più singolare in quantochè nulla o poco fu mutato nella tecnica, avendo usato eccleticamente tutti i processi operatorii. Notisi che nella serie accennata di 64 casi, abbiamo 30 casi di seguito tutti coronati da esito felice e che mentre un caso di morte incomincia la serie, altri tre casi si trovano riuniti nel periodo di un mese circa nel 2.° semestre del 1893. Tale distribuzione della mortalità può già dare a riflettere a chi ricerca prevalentemente o peggio esclusivamente nel modo di trattamento del peduncolo la causa della mortalità. Addentriamoci più profondamente

nell'esame della mia statistica mediante il quale si esclude tosto l'influenza di alcuni fattori. Così:

in 7 casi, *affezioni non suppurative dell'ovaio o delle trombe*
in 5 casi, *vizii di cuore*

complicano i fibromi, ma in tutti abbiamo la guarigione.

Il *volume del tumore,* non esercita alcuna influenza sull'esito della operazione, se si tratta di fibromi sottosierosi, interstiziali e sottomucosi, ma ne esercita una grandissima e nociva, quando si tratti di fibromi a sviluppo infraligamentario e la ragione è ovvia quando si pensi all'alterazione dei rapporti anatomici degli organi addominali e pelvici che ne deriva, alla facile lesione di organi importanti, agli enormi spazii morti che risultano dalla loro enucleazione.

Il volume del tumore, subordinatamente alla topografia del tumore stesso, costituisce, come vedremo, il maggior fattore di mortalità.

Ma vediamo ora quale sia l'influenza del modo di trattamento del peduncolo. Sopra 64 casi ho praticato una sola volta l'esportazione totale per via addominale con esito fatale, ma tale osservazione non depone in alcun modo contro il metodo, poichè l'ammalata era votata a morte qualunque fosse stato il metodo seguito e l'intervento non rappresentava che *l'extrema ratio* e la più razionale, poichè si trattava di un'enorme conglomerato di fibromi a sviluppo infraligamentario con sfacelo, suppurazione, seni fistolosi, setticemia in atto. Sei volte ho praticato l'isterectomia vaginale con esito felice, come l'aveva praticata già due volte nel biennio antecedente, ma l'isterectomia vaginale non ha la qualità di *metodo generale,* non può applicarsi *a tutti i casi,* non può essere confrontata con metodi universali quali i metodi addominali. Essa è un'ottima operazione, una vera risorsa dell'arte, che ha limiti che possono variare da operatore ad operatore ma non indefinitamente. Io ho esportato con essa un fibroma del peso di 600 gr., ma pur accettando i casi eccezionali di Péan, di Doyen, di fibromi più voluminosi esportati per questa via, non vedo la ragione perchè non si debba dare la precedenza ai metodi addominali, nei quali, *lege artis,* con perfetta sicurezza tecnica si può venir a capo di qualunque difficoltà, senza far correre straordinarii rischii alla paziente. Ad ogni modo resta l'obbiezione fondamentale che non è e non può diventare un metodo universale, come quelli per via addominale.

Restano al esaminare 57 casi in cui il peduncolo fu trattato all'esterno ovvero fu affondato. Essi si dividono come segue:

Trattamento esterno 42 casi con 4 morti — mortalità 9. 52
Affondamento . . 15 » » 0 » » 0 0[0

Riunendo i casi in cui il moncone venne assicurato all'esterno ovvero venne affondato, la mortalità complessiva sarebbe del 7. 01 0[0. Nei 15 casi in cui si affondò il peduncolo 3 volte si operò col processo di Olshausen, 2 con quello di Schroeder, 4 con quello di Zweifel, 6 con quello retroperitoneale, e in tutti i processi si ebbe la guarigione, per cui i miei casi non si prestano ad alcun confronto *statistico* tra i diversi processi endo-addominali, avendo ottenuto la guarigione con tutti. Alla stregua di dette cifre ne verrebbe dimostrata la superiorità del metodo endoperitoneale, fatta la debita riserva per il diverso numero di casi trattati coi due metodi, riserva che non parrà superflua a chi è abituato alle grandi serie operatorie, nelle quali non è difficile osservare dopo un gran numero di trionfi un certo numero di rovesci che si danno la mano. Non posso però esimermi dal considerare *il metodo del trattamento del peduncolo in relazione colla topografia del tumore.* Se noi dividiamo i 57 casi accennati a norma di quest' ultimo criterio, essi si dividono:

		Casi	Morti	Mortalità	Mortalità complessiva
Tumori a sviluppo infraligamentario	trattamento esterno	11	3	27. 00 0[0	18. 75 0[0
	affondamento . . .	5	0	0. 00 »	
Tumori sottosierosi, interstiziali o sottomucosi .	trattamento esterno	31	1	3. 22 »	2. 43 »
	affondamento . . .	10	0	0. 00 »	

La topografia del tumore ha dunque una straordinaria importanza prevalente su quella esercitata dal trattamento del peduncolo, poichè noi vediamo la mortalità del trattamento esterno dal 3. 22 0[0 nelle altre varietà, salire al 27 0[0 nella varietà a sviluppo infraligamentario.

Vero è che nel trattamento retroperitoneale sopra cinque casi a sviluppo infraligamentario non si ebbe alcun caso di morte, ma qui torna opportuno il ricordare l'influenza che *in tale varietà ha il volume del tumore.* Scorrendo le mie tavole statistiche, si rileva come nei tre casi di tumori a sviluppo infraligamentario seguiti da morte ed in cui venne applicato il trattamento esterno, in un caso il peso del tumore fosse di 7 chilogr. (osserv. 66.ª), nel secondo di 11 chilogr. (osserv. 67.ª), nel

terzo di 5700 gr. (osserv. 69.ª), aggiungendo che nel primo si aveva una paraplegia datante da 4 anni, nel secondo un estremo emaciamento con adiposi cardiaca e nodi caseosi polmonari. Mi pare così di aver dimostrata la necessità di tener nota accurata nelle statistiche individuali di tutti gli elementi, la cui influenza possa associarsi a quella del modo di trattamento del peduncolo e specialmente della topografia del tumore. La questione messa all' ordine del giorno a questo punto per me si scinde. Nelle *tre varietà di fibromi, sottosierosi, interstiziali e sottomucosi*, nelle quali la mortalità, rappresentata nella mia statistica, che annovera il numero relativamente considerevole di 41 casi, dal 2. 43 0[0, si può considerare in media come oscillante attorno al 5 0[0 a norma delle statistiche di molti operatori, qualunque sia il processo seguito nel trattamento del peduncolo, possiamo noi sperare di ottenere risultati migliori con un processo più radicale, eliminando il peduncolo ed i pericoli che da esso provengono, facendo *l' esportazione totale dell'utero per via addominale?* Solo la dimostrazione di risultati migliori può invitare i ginecologi a seguire questa via, ed io sarò lieto di salutare con trasporto tale dimostrazione, tanto più se verrà data dal suo valoroso campione, in compagnia del quale mi onoro di essere ora relatore dell'importante questione. Le statistiche da me consultate l' hanno sinora a me negata. Nella *varietà infraligamentaria*, la mortalità è tuttora elevata e la questione merita di essere discussa e studiata a parte. I miei risultati statistici dimostrano per essa la superiorità del metodo retroperitoneale e mi portano a caldeggiare l'esportazione totale come metodo dal quale possa forse sperarsi un miglioramento della prognosi anche in tale varietà di fibromi.

A questo punto credo utile riassumere il mio lavoro nelle seguenti proposizioni:

1. Le statistiche complessive non possono condurre a risultati molto attendibili sia per la eterogeneità dei materiali da cui sono costituite, sia per le cause d'errore che ne derivano riunendo insieme l'opera di operatori che contano casi isolati e quella di operatori che hanno vastissima esperienza, sia infine perchè molti casi letali ne vengono eliminati, non essendo pubblicati.

2. Le statistiche individuali hanno un grande valore, ma peccano esse pure per una insufficiente analisi dei casi.

3. Lo studio delle statistiche dimostra che la mortalità è andata

progressivamente scemando con tutti i metodi, con tutti i processi, ognuno dei quali può vantare statistiche superbe.

4. L'importanza del trattamento del peduncolo nel pronostico della istero-miomectomia è stato esagerato.

5. Altre condizioni generali e locali, meritano un'attenzione prevalente. Fra quest'ultime primeggia lo sviluppo infraligamentario che aggrava il pronostico e lo aggrava tanto più quanto più è voluminoso il tumore.

6. Nel considerare i risultati ottenuti con tutti i metodi, è necessario tener divisi i fibromi a sviluppo infraligamentario, dai fibromi delle altre varietà, sottosierosi, sottomucosi, interstiziali. In questa seconda classe la mortalità può considerarsi come rappresentata dal 5 0|0, sia col metodo esterno che con quello endo-addominale e può presumersi che difficilmente la prognosi potrà essere ulteriormente migliorata colla esportazione totale addominale o addomino-vaginale.

7. Il metodo esterno deve cedere il campo, sempre salvo alcune eccezioni che il clinico determina, al metodo endo-peritoneale, essendo questo riuscito a dimostrare, come si possa ottenere con esso un procento altrettanto basso di mortalità, evitando gli inconvenienti del metodo extraperitoneale.

8. Il metodo di Zweifel per la sua semplicità e speditezza merita in via generale la preferenza. Lo scrivente fa però ancora qualche riserva circa l'uso del laccio elastico in sostituzione delle legature con seta, *quando il laccio elastico sia ricoperto dai lembi peritoneali.*

9. I fibromi a sviluppo infraligamentario presentano ancora una mortalità elevata, e per essi è tuttora aperta la questione quale dei metodi meriti la preferenza. In tale varietà, l'esportazione totale per via addominale potrà forse trovare vasto e utile campo di applicazione.

10. L'isterectomia vaginale applicata ai fibromi deve considerarsi come una preziosa conquista dell'arte, e mediante la forcipressura e lo spezzettamento (*morcellement*) vede allargati di molto i suoi confini, ma non essendo una operazione di carattere *universale,* non può essere confrontata coi metodi antecedenti. Essa può sostituire utilmente la castrazione nei casi in cui questa è indicata ed essere in via generale applicata con successo nei casi in cui l'utero non oltrepassi il volume di un utero gravido al quarto mese.

ERRATA	CORRIGE
Pag. 163, linea 8 — nella mia convinzione	nella convinzione
» 166, » 1 — Ciò è sempre possibile	Ciò è possibile
» 181, » 17 — il moncone all'utero	il moncone all'esterno
» 192, » 24 — peritoneale e mi portano	peritoneale e d'altra parte considerazioni cliniche e anatomo-patologiche mi portano

A. MARTIN (Berlino)

Trattamento del peduncolo dopo la miomotomia

Relazione all'XI Congresso Medico in Roma (1894)
(Sezione di Ostetricia e Ginecologia)

Quando il Comitato ordinatore della nostra Sezione mi diede l'onorifico incarico di riferire sul trattamento del peduncolo dopo la miomotomia, io credetti di non potermi sottrarre a questo incarico.

Forse in nessun altro paese come fra i tedeschi, questa operazione ebbe tanto sviluppo; ed io stesso ho preso parte fin da principio alla diffusione di quest'operazione. Io non potei disconoscere la grande difficoltà di riferire sopra una tale operazione davanti ad uomini valorosissimi da tutto il mondo qui convenuti.

Il gran numero dei collaboratori ed il gran numero delle modificazioni della tecnica della miomotomia, le quali modificazioni stanno in contrasto spiccato colla tecnica dell'ovariotomia, mi fanno dubbioso di poter prendere in esame ciascuna di queste modificazioni colla dovuta giusta parte per tutte. Molti considerano la questione del trattamento del peduncolo come non ancora risolta, e si lasciano guidare (in ogni singolo caso speciale), per la scelta del metodo, da circostanze accessorie. Molti operatori anche sperimentati sono oltre a ciò dubbiosi delle loro opinioni personali, di modo che non si può quasi concludere nulla dalle loro stesse pubblicazioni. In Germania non si è ancora arrivati ad una soluzione definitiva della questione, di modo che io sono condotto a tratteggiare brevemente lo stato della questione quale si trova ora in Germania.

Lo sviluppo della miomotomia in Germania trasse le sue origini dalle ricerche metodiche di Péan (1). Erano bensì state fatte prima alcune operazioni isolate (per lo più in causa di errori di diagnosi), ma naturalmente non avevano condotto alla determinazione di un metodo.

Sotto questo rapporto, noi in Germania riconosciamo come nostra guida l'Hegar (2), esso è ancora oggi la guida di una delle tre scuole a cui una volta fecero capo i ginecologi tedeschi, cioè di quella del trattamento esterno del peduncolo. Malgrado i suoi buoni risultati Hegar raramente fa la miomectomia; egli considera la castrazione come l'operazione che essendo meno pericolosa dà dei risultati finali egualmente soddisfacenti, e può quindi far concorrenza alla miomotomia.

Il secondo metodo di trattamento del peduncolo va congiunto col nome di Schröder (3). Appoggiandosi a quanto si era fatto per l'ovariotomia, Schröder prima di tutto adottò nella miomotomia il trattamento intraperitoneale del peduncolo. Il procedimento tipico di Schröder viene oggidì ancora adoperato da Olshausen (4), Gusserow (5), Hofmeier (6) e Brennecke (7), e specialmente quest'ultimo con brillanti risultati ha portato un peso favorevole nella bilancia del trattamento intraperitoneale del peduncolo.

Naturalmente ambedue i metodi subirono moltissime modificazioni. Le modificazioni del trattamento extraperitoneale riguardano specialmente il trattamento del moncone, l'apposizione di una legatura permanente, la sutura del peritoneo parietale col peritoneo che ricopre il moncone, oppure il trattamento della superficie del moncone. Wölfler (8), Hacker (9) e infine Fritsch (10), hanno propugnato di assicurare in modo il moncone all'estremo inferiore della ferita addominale, che esso resti com-

---

(1) Péan e Urdy. « Hystérectomie. » Paris, 1873.

(2) « Operat. Gyn. » III Aufl., pag. 467.

(3) *Berliner Klin. Woch.*, 15 Oct. 1877. — *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. VIII.

(4) *Klin. Beitr.*, 1884. — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XX, p. 232.

(5) « Neub. d. Uterus, II Aufl., p. 102.

(6) « Myomotomie. » Enke. Stuttgart, 1887, II Aufl· « Grundgr. d. Gyn. Oper. » 1892.

(7) *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXI, 1891.

(8) « Zur Technik d. supr. Amp. ut. » *Wiener med. Woch.*, 1885, N. 75.

(9) Ibidem, 1885, N. 48.

(10) *Volkmanns Vort.*, N. 339.

preso in una specie di tasca peritoneale e resti anche sottoposto ad un eventuale controllo.

I risultati di 200 operazioni col trattamento extraperitoneale del peduncolo sono questi: guarigione di 170 operate, morte di 30 operate, cioè una mortalità del 15 0[0.

Le modificazioni del trattamento intraperitoneale del peduncolo, si aggirano sul trattamento dei rimasugli del canale cervicale, sul modo di riunire sul moncone stesso le labbra del medesimo, e sul modo di ricoprire il moncone stesso col peritoneo.

Riguardo al drenaggio profilattico della cavità addominale dopo la miomotomia, questo trova ancora in Germania di tempo in tempo dei partigiani come Hegar (1) e Sänger (2), i quali però l'adoperano solo quando si possa sospettare che dopo l'operazione vi sarà una secrezione abbondante causata o dalle pareti rimanenti del tumore, o dalle pareti del bacino, lese durante l'operazione.

Due modificazioni meritano però un accenno speciale perchè si allontanano in modo notevole dal principio generale. Zweifel (3) rinuncia (nel trattamento del peduncolo) alla sutura della superficie stessa del moncone; egli si assicura del moncone con una legatura continua delle parti che lo compongono, e lo affonda dopo avervi messo sopra i lembi peritoneali preparati all'uopo in antecedenza. Zweifel mette poi dei fili doppii in seta sui legamenti larghi il più profondamente possibile, passando dall'avanti all'indietro. Attraverso ad ogni punto o canaletto così fatto, passano due fili, ciascuno dei quali (una volta che sia tagliata l'ansa loro propria), viene annodato col proprio vicino di destra e di sinistra (s'intende sempre per ogni legamento largo). I legamenti larghi così solidamente annodati vengono incisi, ed il tumore viene asportato al di sopra di un laccio elastico di gomma, applicato in questo momento; la cavità uterina o cervicale viene cauterizzata col cauterio di platino, il moncone viene legato, e sopra di esso si raccolgono con una sutura continua in catgut i lembi di peritoneo già preparati.

---

(1) Wiedow. « Drain der Bauchhohle und das Bauchspeculum. » *Berl. Klin. Woch.*, 1891, N. 4.

(2) *Deutche Med. Woch.*, 1891, N. 4.

(3) Zweifel. « Stielbehandl. bei d. Myomectomie. » Stuttgart, 1888.

In 51 casi operati da Zweifel con questo metodo si ebbe una mortalità del 4 0[0.

Hofmeier al II Congresso della Società tedesca di Ostetricia e Ginecologia (Halle 1888), parlando del trattamento dei grossi peduncoli, dopo l'emostasi dei grossi vasi, l'esportazione dell'utero e cauterizzazione della mucosa cervicale, ha proposto di cucire la ferita uterina con una semplice sutura circolare, movendo dalla cavità uterina verso l'esterno, in modo che la cavità uterina (cervicale) rimane aperta. Al di sopra di questo moncone così cucito egli unisce il peritoneo con una sutura in catgut, in modo che tutta la ferita viene a giacere fuori del peritoneo rimanendo una comunicazione attraverso al canal cervicale colla vagina.

Hofmeier proponeva che tale metodo non si eseguisse soltanto pei peduncoli di grande volume. Chroback raccomanda un trattamento analogo denominandolo trattamento *retroperitoneale*. Chroback procede così: egli dopo essersi assicurato dei legamenti, procede come nella estirpazione totale ritagliando due grandi lembi disuguali di peritoneo in corrispondenza della parte inferiore del corpo. Questi due lembi sono distaccati fino in massima prossimità del collo; dopo aver apposto un laccio elastico facoltativo intorno al collo, si procura l'emostasi delle arterie uterine colla legatura in massa, praticata in massima vicinanza del fornice vaginale; tagliato il collo ad un cent. o a 1[2 cent. al di sopra dell'inserzione dei fornici, cauterizza il canal cervicale col Paquelin ed eventualmente vi passa della garza o stoppino all'jodoformio qualora abbia intenzione di lasciarvi un drenaggio. Al disopra di tutto questo riunisce il peritoneo pelvico. Sui lati ricopre i monconi di legature dei legamenti larghi col peritoneo, mediante una cucitura siero-sierosa. In ultimo ricopre il peduncolo affondato coi lembi peritoneali preparati precedentemente, ma siccome questi lembi sono di una grandezza disuguale, così verrà a ricoprirsi il peduncolo con peritoneo intatto, e la linea di sutura dei lembi del peritoneo cadrà lontana dal peduncolo. Con questo metodo furono trattati da Chroback e allievi [secondo una pubblicazione di Schick (1)], 20 casi, e poscia se ne pubblicarono 21 casi da Rosthorn con un caso di morte. La mortalità definitiva dei casi trattati con questo

---

(1) *Prag. Med. Woch.*, 1892, N. 48. Rosthorn. — *Wiener Klin. Woch.*, N. 42, 43.

metodo, come mi fu comunicato verbalmente, può ancora variare notevolmente.

Il metodo di Doyen (1) si avvicina a questo. Egli snuclea l'utero ed i miomi sub-peritonealmente e riunisce i lembi peritoneali e i monconi dei ligamenti larghi, al disopra della ferita del pavimento pelvico.

Un altro processo è rappresentato dal metodo del Baer di Filadelfia (2), il quale rigetta tutti i metodi precedenti che riguardano la cucitura ed il trattamento del moncone del collo e del canal cervicale, ritenendo che basti la legatura dei vasi che irrigano il piccolo rimasuglio del collo. Questo moncone per quanto piccolo, deve rappresentare secondo Baer la pietra di chiusura del pavimento pelvico e come tale dev'essere conservato. Il rivestimento peritoneale avviene coll'affondamento del moncone nel bacino, e qualora questo rivestimento non avvenga, egli suol ricorrere a una sutura continua. Baer ebbe due morti sopra 46 casi. Esaminando tutti i processi o metodi del trattamento del peduncolo nella miomotomia, si acquista la convinzione che in un atto operativo proceduto opportunamente e secondo le norme dell'asepsi, debbasi sempre considerare tuttavia il moncone del collo come la vera sede del pericolo futuro. È di qui che minaccieranno farsi strada le emorragie letali nonchè le infezioni settiche. La ferita del moncone in confronto alle ferite dei ligamenti ha un pronostico meno favorevole, per questo fatto che il moncone rimane in comunicazione colla vagina mediante il canale cervicale ed è così esposto a tutte le complicazioni che di là possono originare. Un collo di un volume poco notevole si lascia trattare facilmente tanto con uno come con un altro metodo, ma è appunto una caratteristica delle degenerazioni avanzate del corpo uterino che anche il collo aumenti di volume, subendo dei cambiamenti tali da rappresentare delle sfavorevoli condizioni per la cucitura della ferita. D'altra parte non sono nemmeno molto rari i miomi del collo, di maniera da potersi trascurare un aumento in massa del collo prodotto da tali neoplasie.

In un tessuto rigido è sopra ogni dire difficile la legatura di vasi beanti. Questo tessuto poi è affatto sfavorevole ad una riunione per prima. Sopra una statistica di più di 450 miomotomie, io ho dovuto

---

(1) *Archives Prov. de Chir.*, 1892. Ed. II.

(2) *Amer. Gyn. Society*, Vol. 17, 1892.

convincermi troppo spesso di questo fatto. Malgrado tutto questo ho sempre ritentato di nuovo dal 1876 in poi (dopo che abbandonai il trattamento extraperitoneale), di ottenere la riunione delle due metà del moncone intraperitoneale. Ho esciso un imbuto profondissimo nel collo, ho cucito le pareti di questo imbuto (dopo o senza precedente cauterizzazione) colla massima cura con catgut affondato, e con sutura continua a diversi piani, ed ho provato a chiudere la ferita sotto la sierosa riunendovi al disopra il peritoneo, servendomi tanto di una sutura trasversale, quanto di una sagittale (1); ho ottenuto in questa maniera (in confronto con altre maniere) di vedere soltanto rarissimamente delle emorragie provenienti dal moncone. Ebbi occasione invece di constatare pur troppo di frequente la mancata prima intenzione nella riunione della ferita del moncone.

Solo tardi ci venne fatto di conoscere il reperto bacteriologico della cavità cervicale ed uterina; ancora oggidì sono divergenti queste opinioni dei batteriologi e dei ginecologi sulla natura dei microorganismi che risiedono nelle suddette parti. Le ricerche coscienziose del mio assistente Witte sopra gli uteri miomatosi da me estirpati, diedero intanto questo risultato positivo: che le loro cavità contenevano in un numero stragrande dei cocchi di natura per lo meno dubbia, anzi in tre casi Witte dimostrò la presenza di streptococchi. Tutti questi uteri furono lavati prima dell'operazione con soluzioni antisettiche. Un gran numero di essi era stato energicamente raschiato. Si debbono ritenere responsabili dell'insuccesso di questi provvedimenti preventivi le numerose inaccessibili anfrattuosità delle cavità uterine miomatose.

Anche prima di potermi appoggiare a questo reperto recentissimo del 1892, io nutrivo la convinzione di dover considerare il moncone del collo come il punto di partenza di tutti i pericoli nella miomotomia. Aggiungasi a ciò che i disturbi consecutivi della convalescenza, dipendono in gran parte dal moncone: cioè da anomalie di secrezione, processi infiammatorii, eventuali emorragie, dolori noiosissimi, eliminazione dei fili attraverso al canal cervicale, tutte condizioni queste che incomodarono ancora per anni dopo l'operazione le mie operate.

---

(1) A. Martin. « Stielversorg nach. Myomot. » *Berl. Klin. Woch.*, 1886, N. 2 e 3.

In causa di tutto ciò io mi decisi nell'ottobre del 1888 di sostituire l'estirpazione totale dell'utero miomatoso all'amputazione sopravaginale e al trattamento intraperitoneale. Tentai da principio (ispirandomi al processo di Freund) di estirpare il corpo uterino per la via addominale ed il collo, dopo averlo già distaccato per la via addominale, dalla vagina. In seguito esportai prima il corpo, e dopo feci l' asportazione anche del collo pure per via addominale, avendo messo preventivamente un laccio elastico sul collo. Avendo leso in due casi la vescica, mi sembrò opportuno di procedere al distacco della vescica sul collo dopo aver riempito la vescica d'acqua. Cominciai l'escisione certe volte partendo dall' arco posteriore, altre volte dall' anteriore, altre volte dai lati del collo, infine cambiai ripetutamente il processo nel momento del distacco dei legamenti larghi. Voi non ignorate che l'estirpazione totale dell' utero miomatoso per la via dell' addome fu eseguita ripetutamente da me.

Già Bardenheuer (1) aveva accennato (2) all'estirpazione totale dell'utero miomatoso parlando di un sistema di drenaggio ampiamente applicato. Trendelenburg e Mary Dickson Johns (3), avranno eseguito probabilmente delle operazioni consimili alle mie nello stesso periodo di tempo, io però giunsi a questo procedimento per le considerazioni che vi esposi al 10.° Congresso internazionale di Medicina a Berlino nella *Zeitschrift* della Società berlinese di ostetricia (4).

Mi sia lecito riferirvi quali esiti remoti mi abbia dato questo metodo. I risultati che allora erano certamente ancora ben sfavorevoli non poterono tuttavia trattenermi di perseverare in esso, malgrado tutte le difficoltà, per raggiungere la meta che da tutti è ritenuta come ideale. Il primo passo fu fatto coll' allontanamento del drenaggio e colla chiusura del peritoneo; si condussero invece le masse di fili di catgut dei ligamenti e dei fornici in vagina dopo averli ricoperti in alto col peritoneo. La mortalità si abbassò da allora, sopra 50 casi operati, al 9. 5 0[0 (5).

---

(1) Vedi Bardenheuer. *Central. f. Gyn.*, 1891.

(2) Nel *Salzburger Natur. forscher Versammlung*, 1881.

(3) New York, *Tge Med. News*, 5 agosto 1891.

(4) *Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.*, Bd. XX.

(5) Martin. « Path und Ther d. Frauenkr. » Wien 1893, III Aufl., pag. 265.

Un altro progresso sul quale oggi io voglio riferire, viene rappresentato dalle citate ricerche di Witte. Esso è rappresentato dai pericoli che derivano dai cocchi viventi nella cavità uterina. Pensai perciò dopo aver lavato e raschiato coscienziosamente il canale cervicale, di chiuderlo esattamente con una sutura poco prima dell'operazione. La vagina viene lavata 24 ore prima dell'operazione con soluzione di sublimato, poscia tamponata con garza al sublimato. L'operazione quindi si presenterebbe ora in questo modo, cioè: 1.° trarre in alto verso l'incisione addominale il tumore coll' utero ed i suoi annessi e sgusciarlo dalla cavità addominale; 2.° evitare se è possibile l'esportazione del corpo uterino; invece si legheranno i legamenti larghi e rotondi in tre o più pacchetti sino al collo; e quindi l'incisione dei legamenti larghi e degli annessi renderà il tumore e l' utero mobile. S' incide poscia al disopra del fornice posteriore il peritoneo del collo in senso trasversale, il taglio penetra fino immediatamente sopra il fornice e penetra anche nel fornice che verrà aperto col bistourì dall'alto, oppure con una grossa pinza dalla vagina. L'indice penetra dall'alto nella vagina, e sulla guida del medesimo si termina la sutura del fornice e del rimasuglio dell' inserzione dei legamenti larghi tanto a destra che a sinistra, così procedendo avanti, si escide il collo dal pavimento pelvico fino in corrispondenza della parte anteriore della periferia del collo stesso, mentre che la porzione vaginale del collo è stirata in alto con una pinza uncinata e tratta al disopra dei fornici vaginali beanti. Rimane visibile allora anche il fornice anteriore; una sutura continua finisce per mettere a posto anche le pareti vaginali e poscia la ferita che si trova posteriormente alla vescica, fino al punto in cui fu prolungata l' incisione nell' escavazione vescico-uterina previamente sempre dopo aver distaccato col dito la vescica dal collo. Appena ottenuta l' emostasi completa delle superfici di sezione, si conducono tutti i fili di catgut in vagina. L' apertura si chiude coll'abbassarsi del pavimento del bacino. Riesce allora nella più parte dei casi facile di riunire con una sutura continua il peritoneo al disopra dei fili, in modo che non rimanga alcuna traccia dei fili di legatura e dall'addome non si vedano dal fondo della pelvi che le spire della sutura continua definitiva.

Ora io non distendo più profilatticamente la vescica perchè in questi ultimi 26 casi non mi diede alcun impiccio.

La convalescenza decorre normale come in un puerperio fisiologico, e perfettamente nello stesso modo come lo descrive Schröder nell'isterectomia vaginale.

Il *trattamento profilattico della vagina* e del collo sembra essere della stessa importanza pel decorso favorevole post-operativo, come lo è la *chiusura del peritoneo,* secondo la mia esperienza, che eseguisco per esempio dopo l'estirpazione dell'utero per via addominale anche per altra indicazione (sempre però con delle complicazioni non comuni) quali delle estese lesioni del peritoneo pelvico, piosalpingiti, aderenze intestinali, ecc.

Operai in tal modo 26 casi con un solo insuccesso. Certamente che non oserei trarre delle conclusioni da un così esiguo numero di casi, ma merita tuttavia una certa considerazione il fatto che di un primo gruppo di 43 operate senza chiusura del peritoneo vissero 30 e morirono 13 (mortalità 30. 23 0[0]), di un secondo gruppo di 54 operate con chiusura del peritoneo, sopravissero 49 e morirono 5 (mortalità 9. 5 0[0]), e di un terzo gruppo di 26 operate trattate colla chiusura profilattica del collo e il tamponamento della vagina con garza al sublimato, morì una sola; cioè mortalità 3. 8 0[0].

Dei clinici tedeschi il Fritsch di Breslavia (1), si è espresso vivacemente (in occasione del X Congresso internazionale di Medicina), in favore dell'operazione radicale; egli disse: » io credo che il metodo dell'avvenire non sia nè l'intra nè l'extra peritoneale, bensì quello dell'estirpazione totale. » Egli non si mantenne fedele al metodo, ed opera (come si può dedurre dal suo scritto: « Ginaekologischen Operationen, 1891-92 ») secondo i diversi casi, ora col metodo intraperitoneale ora coll'extraperitoneale. Chroback si è schierato per il metodo (2) dell'operazione radicale basandosi sopra 17 casi consecutivi decorsi favorevolmente. Però in questi recentissimi tempi tenne anche il metodo intraperitoneale motivandolo colla minor durata dell'operazione e col mantenimento della chiusura naturale della volta vaginale.

A Berlino il mio allievo Mackenrodt ha fatto fino ad oggi 15 volte l'estirpazione totale dell'utero miomatoso.

---

(1) « Verhandl. des Intern. Med. Cong. » Berlin, 1891.

(2) Vienna. *Centrbl. f. Gyn.*, 1891, N. 9 e 35.

In Italia si ottennero con pari metodo buoni risultati da Inverardi (1), Tricomi (2), Tusini (3), Antonio Ceci (4), Acconci (5), Pietro Ferrari (6) e Novaro.

In Francia citerò P. Goullioud (7).

Dagli Stati Uniti ho comunicazioni favorevoli da James F. W. Ross (8) e Florian Krug (9) e così pure da Polk, Edebohls, J. Eastman, J. Bold (10) e C. Noble (11).

In Scandinavia ebbe buoni risultati Lenander (12).

Parecchie comunicazioni private mi hanno dimostrato che anche altrove e con successo splendido fu applicato questo metodo radicale. Siccome non ho ancora a disposizione le relazioni estese di essi casi e in numero sufficiente per fare una statistica di un certo valore, così io rinuncio oggi ancora alla compilazione di una tabella statistica. Credo di aver dimostrato che l'enumerazione delle difficoltà e dei pericoli di questa operazione radicale, come erano state dipinte nelle controversie critiche degli anni 1891-92, sieno oramai smentite dalle successive modificazioni del metodo e che un atto operativo radicale in un caso di fibromioma uterino che non permette più la conservazione dell'utero sia oggidì un atto operativo pienamente giustificabile.

Facendomi tuttavia protagonista di questo metodo io non mi nascondo menomamente le difficoltà che potranno presentarsi in ogni singolo caso nello sbrigliamento del collo dal diaframma pelvico; dalle esperienze mie proprie mi sembra giustificabile che non tutti gli autori abbiano da scegliere sempre questo metodo per ogni miomotomia.

Questo fatto ci è imposto non solo dalle variazioni talora notevoli

---

(1) *Lo Sperimentale*, 1891.
(2) Roma, 1891, Soc. Chir.
(3) *Annali di Ost. e Gin.*, 1891.
(4) *Morgagni*, ottobre 1891.
(5) « Rendiconto clinico 1892. »
(6) *Policlinico*, l. c., fasc. 7.
(7) *Lyon Med.*, 1, 1891, N. 24.
(8) *Amer. Journ. of Obst., and etc.*, 1891, V. XXIV, N. 8.
(9) *The New York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1892.
(10) *The Amer. Journ. of Obst.*, V. XXIII, N. 6, 1893.
(11) *Intern. med. Magax*, dec. 1893.
(12) *Königl Ges d. Wissensch zu Upsala*, 3. VIII. 1893.

nei rapporti anatomici delle parti, ma anche dalle svariatissime complicazioni per le quali si procede alla miomotomia.

Vorrei notare a proposito del primo motivo che di solito estirpo tutto l'utero per la via vaginale, qualora mi si presentino delle neoplasie miomatose di poco volume che non possono essere enucleate per via vaginale; esporto i tumori sottosierosi peduncolati col trattamento del peduncolo stesso, mentre i tumori isolati intramurali li enucleo (colla ricostruzione del letto del tumore), dopo aver aperto la cavità addominale. È solo allorquando un tumore di un volume eccessivo ha distrutto la funzionalità dei tessuti, che io procedo alla miomotomia strettamente nel modo già descritto.

Ma le complicazioni delle miomotomie mi sembrano pericolosissime: non solo le alterazioni nei tessuti stessi come la suppurazione e la neoformazione maligna, ma anche le affezioni del peritoneo e quelle che colpiscono gli organi vicini cioè le trombe e le ovaie sono di pronostico grave. E noi non dobbiamo assolutamente dimenticare che queste infelici ammalate sono esposte troppo di frequente durante il corso della loro malattia ad un peggioramento della loro crasi sanguigna, rappresentato da diminuzione della quantità di emoglobina, per cui vengono a manifestarsi disturbi tali sul muscolo cardiaco che queste ammalate per il loro deperimento non si possono più sottoporre ad un atto operativo.

I fatti citati debbono dirigere nella scelta del metodo operativo. Il metodo stesso poi è certamente nella maggioranza dei casi di un valore solo relativo per la prognosi.

Le osservazioni accennate dimostrano che ogni metodo a seconda delle varie circostanze e nelle mani di abili operatori può dare dei risultati felici. Noi tedeschi diciamo cioè che molte vie conducono a Roma!

Cioja.

Prof. DIMITRI DE OTT (Pietroburgo)

Sul trattamento radicale dei fibromiomi dell'utero

Relazione all XI Congresso Medico Internazionale in Roma (1894).

Signori,

Il comitato di organizzazione della sezione di ginecologia del Congresso mi ha fatto il grande onore di nominarmi relatore del tema della miomotomia in generale, e del modo di trattamento del moncone dopo l'amputazione sopra vaginale in particolare.

Mettendo all'ordine del giorno la questione della miomectomia il comitato si è certamente lasciato guidare dal grande interesse che presenta per tutti i ginecologi il perfezionamento dell'intervento chirurgico nei fibromi uterini. Per seguire il programma datomi da svolgere incomincierò con un esame succinto dei metodi di trattamento i più addottati dei fibromiomi uterini, e passerò in seguito ad un'analisi dettagliata del trattamento del moncone dopo l'amputazione sopravaginale che è l'operazione il più sovente indicata nella malattia in questione.

Dovendo procedere alla scelta di un metodo, bisogna sopratutto tener presente il fatto che (allo stato odierno della questione) non è possibile mettere in pratica un trattamento radicale dei fibromiomi se non si fa l'asportazione totale sia del solo tumore, sia del tumore con una parte più o meno grande dell'utero. Tutti gli altri metodi proposti debbono essere considerati come palliativi, imperocchè la nostra scienza non possiede fin'ora alcun rimedio che possa realmente far scomparire i neoplasmi. Oltre a ciò alcune delle sostanze farmaceutiche in uso, hanno un' azione malefica (segale cornuta, ecc.) sull'organismo.

Il trattamento elettrico dei fibromiomi (col metodo di Apostoli) pur

restando un palliativo, dà però (in confronto degli altri palliativi), i migliori risultati. Anche tutta una gran serie di manipolazioni operatorie come la castrazione, il raschiamento, la dilatazione forzata del collo uterino, ecc. si possono classificare (come hanno dimostrato le osservazioni cliniche) insieme ai trattamenti poco soddisfacenti, vale a dire si possono mettere queste manovre insieme a tutte quelle che non attaccano immediatamente il tumore.

La speranza che nella menopausa si possa avere una guarigione spontanea è quasi sempre falsa, anzi spesso si osserva in tal epoca un aggravamento dei sintomi primitivi.

Tutte queste ragioni costituiscono un argomento di più contro la menopausa artificiale procurata colla castrazione, la quale priva l'ammalata delle sue ovaie sane.

Tutti i mezzi accennati, pur non essendo che palliativi, esercitano sull'organismo (sopratutto se sono adoperati per un tempo più o meno prolungato), un'azione molto funesta e provocano dei disturbi gravi che peggiorano di molto la prognosi dell'operazione radicale quando si ricorre ad esse solo nei casi estremi.

Se si sottomettessero ad un'operazione radicale tutte le ammalate colpite da fibromiomi uterini appena che si potè constatare l'avanzarsi ed il progredire dei sintomi morbosi, e ciò senza perdere tempo applicando dei rimedii palliativi, l'intervento chirurgico potrebbe registrare dei risultati molto più favorevoli di quelli che si sono osservati fino ad ora. Riassumo quindi tutto ciò che ho detto sopra, nella tesi seguente: l'intervento operativo radicale nei fibromiomi uterini è indicato sempre quando si è constatato un progresso continuo dei sintomi, anche se questi non presentano pel momento un serio pericolo per la vita dell'ammalata.

Il primo principio di ogni intervento operativo sarebbe di poter conservare tutte le parti sane dell'apparato sessuale non togliendone che le parti ammalate. Non mi fermerò che sui casi di fibromiomi interstiziali che richiedono l'ablazione totale o parziale dell'utero, imperocchè l'estirpazione dei fibromiomi sottomucosi e sottosierosi non presentano nella maggioranza dei casi alcuna difficoltà e danno dei risultati analoghi a quelli dell'ovariotomia. Io debbo segnalare prima di tutto questo fatto: un metodo chirurgico per quanto questo sia perfetto non può essere applicato indistintamente in tutti i casi. L'individualizzazione più

accurata è indispensabile per ottenere favorevoli risultati: i casi adatti per l'estirpazione totale dell'utero saranno seguiti da cattivi risultati se si farà l'amputazione sopravaginale e viceversa. È quindi necessario di stabilire strettamente e in modo preciso le indicazioni per ogni metodo operatorio.

Prendendo per base i casi a me conosciuti operati dai miei colleghi e quelli operati da me, parlerò dei principii che informano le differenti indicazioni che presiedono attualmente al mio intervento operativo in clinica. L'estirpazione totale dell'utero è giustificata in tutti i casi dove il tumore invade anche il collo dell'utero, o quando quest'ultimo è sede di un processo morboso di carattere settico o altro, ossia quando la conservazione del collo uterino può opporsi alla guarigione completa dell'ammalata. Io credo che in tutti i casi sia più comodo di staccare più che sia possibile le parti accessibili dalla via della vagina, il che abbrevia considerevolmente il tempo per cui si lascia aperta la cavità addominale. L'esportazione totale dell'utero (col metodo di Péan « par morcellement ») praticata per *la via vaginale* è molto preferibile agli altri metodi operatorii, quando la si possa praticare.

Gli eccellenti risultati che si ottengono coll'estirpazione vaginale (che nella clinica presentano talvolta un zero per cento di mortalità), mi autorizzano ad ampliare l'estensione delle indicazioni, estendendole ai fibromiomi che non richiedono in modo assoluto l'ablazione del collo uterino. La sola condizione della sua immediata attuazione è la possibilità della sua applicazione nel caso dato. È cosa ben diversa quando si è obbligati di aprire la cavità addominale per essere in grado di portar via l'utero. In questi casi se si ha agio a scegliere il metodo operativo, l'amputazione sopravaginale è preferibile alla estirpazione totale, perchè essa dà attualmente i risultati più favorevoli, quantunque recentissimamente sieno migliorati i risultati della celio-isterectomia. I risultati ottenuti da me e da qualcuno dei miei colleghi come per esempio da H. Treub e Kocher che praticano l'amputazione sopravaginale dell'utero fibromatoso secondo il metodo moderno semplificato, mi autorizzano a formulare questa conclusione. Io mi permetto o signori di esporvi i tempi successivi di questa utero-miomectomia sopravaginale semplificata, che contribuisce a diminuire considerevolmente la percentualità della mortalità di questo intervento chirurgico.

Cloroformizzata l'ammalata, dopo aver accuratamente disinfettata la vagina con una soluzione di sublimato all'uno per 2000, pratico per mezzo di un cucchiaio tagliente il raschiamento della cavità cervicale come pure del segmento inferiore dell'utero. Se il canale cervicale è troppo angusto per dar passaggio all'istrumento, ne faccio la dilatazione immediata per mezzo dei dilatatori di Hegar. Finito il raschiamento disinfetto la cavità cervicale colla medesima soluzione di sublimato, e cauterizzo la superficie interna del collo il più in alto possibile per mezzo del termocauterio di Paquelin. Finisco questo tempo operatorio, che non dura se non una diecina di minuti, tamponando la vagina con garza jodoformica. Pratico in seguito l'incisione delle pareti addominali, estraggo il tumore formato dall'utero fibromatoso e faccio la legatura dei legamenti larghi che seziono parzialmente. Cerco di comprendere e comprimere nell'ultima di queste legature una parte del tessuto uterino per assicurarmi così anche della emostasi sull'arteria uterina, il che mi permette di far senza dell'applicazione di un laccio di gomma elastica.

Essendo fatte le legature, amputo l'utero seguendo un piano perpendicolare al suo asse verticale, cauterizzo la cavità del collo uterino che mi rimane ancora nel moncone, e tocco superficialmente tutta la superficie di sezione col termocauterio. Infine se le legature sopradescritte delle uterine non sono sufficienti per assicurare l' emostasi completa, io passo attraverso al peduncolo dall'avanti in addietro (un centimetro più in basso della superficie di sezione e vicino al canal cervicale, senza penetrarvi), due forti legature messe una a destra l'altra a sinistra e annodate dal lato medesimo dove rispettivamente sono state applicate. Queste due legature stringono così in due porzioni una a destra e l'altra a sinistra quasi tutto il tessuto che compone il collo uterino, e queste legature non comprimono il canale cervicale che resta invece permeabile in tutta la sua lunghezza e restano anche al davanti e al di dietro due piccole porzioni di tessuto uterino non compreso nelle legature. Se il collo fosse troppo voluminoso e che si dovesse temere un' emorragia proveniente da questi tessuti non compressi, basterebbe mettere due nuove legature che tagliassero ad angolo retto le due prime per avere un' emostasi sicura. Il vantaggio di queste legature così fatte consiste in ciò, che esse comprimono senza eccezione tutti i vasi sezionati che sboccano alla superficie del moncone, e che il canale cervicale non è compresso

come nel processo di Kocher, ma resta aperto per dare libero passo alle secrezioni. Introduco in seguito per mezzo di una lunga sonda ad occhiello in tutta la lunghezza del collo uterino uno stoppino jodoformizzato procedendo dall'alto al basso. L'estremo superiore di esso non deve sorpassare la superficie di sezione. Dopo di aver fatto passare questo cordoncino non ricopro il moncone col peritoneo (H. Treub) che così non è più soggetto ad alcuna infezione ulteriore.

Disposto il moncone nel ventre, faccio la sutura addominale e faccio il tamponamento della vagina con garza jodoformizzata spinto in rapporto coll'estremo inferiore del cordoncino già accennato. Questo è ritirato in 4.ª o 5.ª giornata dopo l'operazione.

I vantaggi delle modificazioni introdotte da me possono così essere riassunte.

1) La durata dell'operazione in grazia della semplicità estrema del metodo è considerevolmente abbreviata, il moncone resta senza rivestimento, il metodo per prevenire l'emorragia susseguente è molto semplice; restano così diminuite le occasioni e le possibilità di infezione per l'ammalata e si evita o per lo meno si ha meno frequente lo shok. Questo processo tende inoltre a riavvicinare quest'operazione ad una semplice ovariotomia; la differenza non consiste che nella maniera di applicare le legature e di disinfettare il peduncolo, il che resta determinato dalla natura stessa del peduncolo.

2) L'antisepsis delle parti è assai migliore; tutto il canal genitale resta sottomesso a disinfezione completa, cioè disinfezione preventiva della mucosa con mezzi meccanici e con mezzi chimici, uso del ferro rovente, e drenaggio della cavità cervicale per mezzo del cordoncino all'jodoformio che garantisce lo scolo facile delle secrezioni.

Il trattamento del moncone uterino quale lo pratico io (cauterizzazione, legature, permeabilità del collo, drenaggio), stabilisce una differenza essenziale tra il metodo mio e quello degli altri autori.

Lasciando in grazia al drenaggio il canale cervicale permeabile, evito ogni ritenzione eventuale di prodotti settici ed ho maggior probabilità di ottenere la chiusura pronta e asettica del canale cervicale a livello della sezione di succesione, per mezzo del successivo processo plastico di reazione.

3) L'emostasi completa non è più difficile a ottenere di quella

che si ottiene col peduncolo grosso di una cisti, dividendolo in parecchie parti. Si può anche applicare delle legature isolate sopra ogni sbocco di vaso che sia appena un po' voluminoso.

4) Le cure da darsi all'ammalata nel periodo post-operativo non si differenziano notevolmente da quelle alle quali si ricorre d'abitudine nei metodi intra-addominali ordinarii e sono di una grande semplicità.

Io non voglio o signori abusare della vostra squisita cortesia e benevolenza descrivendovi tutti i casi che ho operati, mi limiterò a dirvi i risultati definitivi di 24 casi operati mediante il mio processo. Io non ho che un sol caso di morte, ossia una mortalità del 4. 3 0[0 mentre che prima la mortalità di 31 casi di uteromiomectomia sopravaginale era del 24. 4 0[0.

Vorrei designare il processo che ho descritto col nome di *isteromiomectomia sul tipo dell'ovariotomia.* Il ricoprimento del peduncolo per mezzo del peritoneo che è stato abbandonato nell'ovariotomia, ne è ugualmente escluso. La comunicazione temporanea della cavità addominale coll'aria ambiente non produce in pratica alcun effetto dannoso, come del resto viene dimostrato dai brillanti risultati dell'estirpazione vaginale dell'utero, operazione dove la comunicazione tra la cavità peritoneale e la vagina è molto più larga. I dati sperimentali dimostrano che il canale cervicale si chiude alla superficie di sezione in un lasso di tempo molto breve dopo l'operazione. La grossezza e la vascolarizzazione del moncone non intralciano per niente il processo operativo sopra indicato, processo che si addatta facilmente anche all'amputazione dell'utero gravido, come io ebbi a praticarlo due volte.

Terminando la mia comunicazione, io credo di poter caratterizzare lo stato attuale della questione della miomectomia, dicendo che esso ha raggiunto dei grandi successi che ci permettono di salvare la vita a delle ammalate le quali anche recentemente sarebbero state condannate a morte. Il Congresso Internazionale attuale testifica in una maniera evidente i progressi fatti in questo secolo. Abbiamo la ferma speranza che il dodicesimo Congresso Internazionale potrà constatare dei progressi ancora più brillanti nel trattamento radicale dei fibromiomi dell'utero.

CIOJA.

XI.° Congresso Medico Internazionale in Roma

Comunicazioni e discussione sulla miomectomia (1)

Bantock: In un lavoro che io lessi alla società americana di ginecologia nel 1887, io indicai per quale via era stato mano mano condotto ad adottare il metodo extraperitoneale nella isterectomia addominale, dandogli la preferenza su quello endoperitoneale. Allora io accennai come nel mio primo caso (novembre 1878) io avessi attuato un metodo che, nelle sue linee essenziali era quello che poi fu popolarizzato da Schroeder e che ancora oggidì ha i suoi fautori. Io riferii come non essendo riuscito ad arrestare l'emorragia in un caso di fibroma peduncolato e in più di un caso a largo peduncolo, per mezzo della legatura e della sutura, fossi costretto a ricorrere al metodo extraperitoneale con felici risultati e come la sfuggita della legatura in due casi di piccolo peduncolo, con esito fatale, mi confermasse nella determinazione di non impiegare il metodo endoperitoneale ogni qualvolta io potessi evitarlo. Rilevai come fosse semplice e sicura l'operazione della isterectomia sopravaginale nei casi nei quali i ligamenti larghi sono lunghi e l'utero può essere levato fuori della pelvi, che mentre in alcuni casi l'applicazione immediata del serranodi sia possibile senza alcuna preparazione, in altri sia necessario preparare un peduncolo, e descrissi il metodo da me adoperato in simili casi quando i ligamenti larghi sono brevi e fosse indispensabile acquistare tale aumento nella lunghezza del peduncolo da rendere possibile l'applicazione del serranodo.

Il metodo consiste nell'assicurare innanzi tutto i legamenti larghi e temporaneamente per mezzo di pinze emostatiche o della legatura elastica, ovvero permanentemente colla legatura frazionata di ciascun

(1) Prima di procedere alla discussione del tema sul quale riferirono Martin e Mangiagalli (la relazione del prof. Dimitri de Ott non venne letta che alcuni giorni più tardi da un suo incaricato) per voto quasi unanime dell'adunanza vengono prima lette tutte le comunicazioni che si riferiscono all'argomento accennato.

lato, sezionandoli vicino ai corni uterini, il che permette al corpo uterino di essere elevato e finalmente nell' applicazione del serranodo dopochè fu così ottenuta una sufficiente lunghezza del peduncolo. Ma trovai tosto che ciò non bastava per alcuni casi, come per esempio quando il segmento inferiore dell'utero e uno o entrambi i legamenti sono sedi del tumore, e divenne quindi necessario sviluppare ulteriormente il piano operatorio nella stessa direzione. Ed è questo ulteriore sviluppo che io intendo portare a vostra conoscenza. A meglio descrivere ed illustrare come a ciò io sia venuto, è opportuno che io descriva il primo caso nel quale io adottai il metodo. Il tumore era un esempio di fibromi multipli, di forma alquanto globoso, molto nodoso e che occupava l'addome dal pube alla linea di mezzo tra l'ombellico e lo sterno e pesante circa 6 kgr. La cervice era alquanto elevata, di circa un pollice in lunghezza e passava tosto nella massa addominale, che nella sua parte pelvica presentava lo stesso carattere nodulare. Sul lato sinistro sorgeva un nodulo del volume di un uovo di gallina, quasi completamente separato, fra i due foglietti del legamento largo, al disotto del livello dell'orificio esterno. Nello sgusciare il tumore attraverso una incisione addominale di circa sette pollici, scorsi parecchi piccoli fibromi in basso sulla parete posteriore, e si fece tosto evidente che doveva essere adottato un metodo diverso da quello che fino allora avevo adoperato: dopo l' applicazione di un laccio elastico temporario attorno alla massa, più vicino che mi fu possibile alla sua base, fu inciso il peritoneo tutto attorno circa 3 pollici al disopra della legatura elastica. La massa più grande venne allora sgusciata fuori insieme a molti piccoli fibroidi e il corpo uterino che occupava una posizione centrale fu allora separato dalle sue lasse connessioni al davanti colla vescica e posteriormente dal suo rivestimento peritoneale mediante dissezione accurata, lasciando un sottile strato di tessuto uterino aderente ad esso e sgusciando nel frattempo i piccoli fibromi sottoperitoneali già menzionati. Quando il corpo uterino fu così isolato e così basso quanto lo permetteva il livello della legatura elastica, all' incirca in corrispondenza dell' orificio interno, venne applicato il serranodo ed asportato il corpo uterino. Tolta la legatura elastica provvisoria non vi fu emorragia e si rese così evidente che le arterie uterine erano comprese dal serranodo. Era ora necessario assicurare l'unione tra il peritoneo parietale e viscerale. A tale scopo, vennero usate parecchie suture che comprendevano soltanto il peritoneo e a prevenire la retrazione del peduncolo, si applicarono una sutura, all'angolo inferiore e due lateralmente che comprendevano l'intiero spessore delle pareti ed erano strette sopra un piccolo cilindro di garza, a prevenire che la pelle fosse recisa. La cavità risultante dopo la chiusura del resto delle pereti addominali veniva riempita con garza jodoformica. Tali le linee generali della operazione quale venne praticata

anche in seguito colle varianti richieste da ogni singolo caso. La ragione per cui raccomando tale metodo è la bassa mortalità con esso avuta. Benchè sia stato riservato per i casi più difficili in cui non era possibile adoperare altri processi extraperitoneali e quelli intraperitoneali o l'esportazione completa sarebbero stati straordinariamente difficili, ebbi un caso di morte sopra 23 casi.

Questo metodo vince la prova del confronto colla esportazione completa, per ciò che riguarda la facilità della esecuzione, e coi metodi intraperitoneali per quanto riguarda i risultati finali. Havvi un punto sul quale non può essere paragonato favorevolmente ad essi, cioè la lunghezza della convalescenza, ma la perdita di alcune settimane non può in alcun modo confrontarsi colla perdita di una vita.

Nella seduta alla quale io mi riferii al principio di questa comunizione in risposta al mio amico Martin, che caldeggiava il metodo endoperitoneale, io metteva in rilievo la superiorità de' miei risultati col metodo extraperitoneale e soggiungevo che io desideravo che egli continuasse col suo metodo ed io col mio, lasciando all'avvenire di decidere tra noi; Martin ha abbandonato il suo metodo ed io mi confermai sempre più nel mio.

A. Jacobs (Bruxelles) presenta due pinze speciali che egli adopera nella miomotomia. Premette che non si tratta di un concetto suo personale. Sono due pinze che portano il morso mobile ad incastro, sul quale quindi si possono addattare i manici ai due estremi del morso stesso o contemporaneamente o successivamente. L' autore opera così: aperti i due fornici applica due pinze Péan sulle uterine e ne pratica l'emostasi. Poi apre il ventre, rialza il tumore ed applica le proprie pinze a forcipressura alla parte più esterna dei legamenti larghi. Incisi i legamenti larghi, applica i manici di ricambio dalla parte vaginale sulla porzione di morso residua, e serratili toglie i manici addominali. Poi finisce l'operazione.

J. Péan (Paris) propone un metodo speciale per l'estirpazione di certi miomi che non si possono guadagnare nè dalla via vaginale nè dalla via addominale. Egli batte la via trans-perineo-retto-vaginale per asportare quei miomi posteriori dell'utero, che dissociando il setto retto vaginale si sono spinti in basso verso il perineo. Péan incide il perineo fino al peritoneo, compie l'estirpazione del tumore applicando le proprie pinze emostatiche, riempie la cavità residua (dove mantiene anche un tubo) con spugne assicurate ad un robusto filo, pratica poi delle lavature antisettiche attraverso al tubo, e compie poi in prosieguo la sutura perineale con un ago fisso in manico. L'Autore operò con questo metodo anche carcinomi della parte alta della vagina e della parete anteriore del retto. Dice che invece della via sacrale in alcuni casi converrebbe battere la via ischio-vaginale.

L. Landau (Berlino) dice che i risultati ottenuti da principio col trattamento endoperitoneale nei casi di miomotomia, erano decorsi così favorevolmente (30 casi con un sol caso di morte) che credeva di non dover abbandonare questo metodo. In seguito è arrivato invece alla conclusione che il peduncolo abbandonato nell'addome è sempre la causa della mancata riuscita dell'operazione e che poi col metodo Schröder si è sempre esposti a due danni: 1.° necrosi del peduncolo se questo è legato troppo strettamente; 2.° emorragie ed infezioni se è legato troppo poco. È sicuro che si potrà diminuire il pericolo, diminuendo il più possibile il volume del peduncolo. L'Autore riassume così i suoi concetti operativi sulla miomotomia: 1.° Se è indicata la miomotomia bisogna nei tumori alti fino al bellico fare l'isterectomia vaginale per spezzettamento. 2.° Se il tumore è più grosso, bisogna fare l'enucleazione rapida per la via addominale, impiccolire il peduncolo enucleando il mioma o i miomi, ed estirpare poi il moncone della vagina. 3.° Non chiudere del tutto la cavità peritoneale.

Carle (Torino) riporta 114 casi di miomotomie da lui praticate. Egli non opera se non quando le indicazioni (dolori, emorragie, compressioni, ecc.) sono ben chiare. Operò 11 casi col metodo Hegar ed ebbe 10 guarigioni, 1 morte (extraperitoneale). Operò 9 casi col metodo intraparietale ed ebbe 8 guarigioni, 1 morte. Operò 52 casi con affondamento del peduncolo ed ebbe 5 morti. Operò 11 casi per via vaginale con asportazione totale anche col morcellement e non ebbe casi di morte. Operò 20 casi di isterectomia totale addominale con metodo proprio ed ebbe 20 guarigioni. Operò 11 casi di enucleazioni vaginali e non ebbe nessuna morte.

Lauro (Napoli) è partigiano del metodo intraperitoneale. Cita una statistica da lui raccolta di 412 casi di miomotomia tolte col metodo intraperitoneale, dalla quale risulta una mortalità del 12.7 0[0, ed una statistica di 313 casi trattati col metodo estraperitoneale con una mortalità del 17.8 0[0.

Calderini (Parma) cita 1 isterectomia vaginale per miomi, 8 isterectomie con trattamento esterno in cui ebbe una morte sola (lombricoide passato pel vomito in trachea) e 12 isterectomie con trattamento interno; da queste operazioni complessive risulterebbe un vantaggio a favore del trattamento esterno del peduncolo; nelle isterectomie totali ebbe un successo e due morti. Cita un interessantissimo caso di miomi endouterini (margine destro) in cui vi era una rarissima anomalia dell'arteria uterina che passava al davanti dell'uretere.

Doyen (Reims) presenta un suo apparecchio di pinze collegate con una carrucola a catena e peso terminale, per sollevare i grossi tumori attraverso alla breccia addominale nell'atto della miomotomia. Presenta alcuni tubi di acciaio vuoti e taglienti ad una estremità, mediante i quali

si può fare attraverso al collo uterino un « évidement » dei fibromiomi grossi, inoltrantisi fin oltre il bellico; si sforza di dimostrare come si possano estirpare detti tumori, adoperando anche una sola pinza emostatica, per la via della vagina. Egli rispetterebbe il collo uterino per avere su di esso (a differenza di quello che fanno altri operatori) sempre un valido attacco.

J. Péan gli risponde che è bene che chi non ha fatte molte miomotomie debba sempre adoperare le pinze; e ciò egli raccomanda dopo aver fatto una vasta esperienza di più di 200 miomotomie. Specialmente raccomanda le pinze sui lati dell'utero quantunque anche sulla linea mediana vedansi talvolte anomalie vasali pericolosissime. Ricorda a Doyen che le prime miomotomie fatte da Péan con successo furono eseguite quasi senza strumenti adatti, e che Doyen non assistette al periodo difficile della miomotomia.

Menge (Lipsia) fece ricerche batteriologiche sul collo uterino di uteri miomatosi e riuscirono negative. Cita una statistica della clinica di Zweifel, dove è assistente, di 93 casi col 3 0[0 circa di morti. Ricorda che il moncone resta nutrito dal peritoneo che lo ricopre.

Chiarleoni (Catania) porta un contributo clinico di 17 casi operati per fibromi uterini — 2 castrazioni guarite — 1 miomectomia guarita — 1 miomectomia col metodo Martin morta per emorragia — 2 miomotomie col metodo Hegar (7250 gram. e 8000 gram. di peso dei tumori) guarite — 8 isterectomie per la via vaginale con otto guarigioni — 1 isterectomia addominale guarita. Preconizza quale metodo di un avvenire assai prossimo quello dell'estirpazione totale dell'utero.

Finite le singole comunicazioni prende la parola il prof. **Martin.** Egli non è troppo partigiano del metodo del morcellement di Péan perchè non lascia chiaro il campo dove si vuol operare; oltre di ciò sfuggirebbero al controllo con tal metodo le pericolosissime complicazioni delle sacche tubo ovariche purulente, e le aderenze viscerali varie dei miomi. Oltre di che stirando in basso i tumori si producono ematomi sotto peritoneali pericolosissimi.

Prof. **Mangiagalli.** La seduta d'oggi resterà memorabile nella storia della isteromiomectomia, sia per le notabilità scientifiche e cliniche qui convenute, sia per l'ingente numero di fatti sottoposti alla nostra discussione, alla nostra analisi critica. Il prof. Jacobs vi ha dimostrato una pinza ingegnosa che può facilitare la isteromiomectomia, il prof. Péan un nuovo processo di perineo-colpo-retto-isterectomia, il prof. Calderini una interessante anomalia dell'arteria uterina che deve essere presente a chi pratica la isteromiomectomia, ma io devo sopratutto occuparmi dei risultati clinici portati a vostra conoscenza. Risolvono essi definitivamente

la questione del peduncolo, la risolvono evidentemente, luminosamente? A me sembra di no. Il prof. Martin ha diviso la sua esperienza in periodi; il primo, senza sutura del peritoneo, colla mortalità del 30 0[0, il secondo con chiusura di questo, colla mortalità del 9 0[0, il terzo di 26 casi, nei quali fece precedere una accurata disinfezione del canale cervicale, prima di praticare la isterectomia totale per via addominale. Nell'ultima serie ebbe la mortalità del 3. 8 0[0. Il Carle comunicò 20 casi favorevoli, alcuni altri comunicarono i prof. Calderini e Chiarleoni. Ma voi avete udito il Bantock, che si è conservato fedele al metodo extraperitoneale, esporre gli ultimi 23 casi con un sol caso di morte; avete udito il Menge riferire quasi un centinaio di casi operati col processo di Zweifel con una mortalità di circa il 3 0[0. Con tali risultati si può forse affermare che l'asportazione totale addominale dell'utero abbia risoluta la tanto dibattuta questione del peduncolo? Il prof. Martin dà molta importanza alla preventiva disinfezione del canale cervicale e spiega con essa gli splendidi risultati ottenuti. Ma in quanti casi è essa possibile? La questione deve dunque per me restare ancora all'ordine del giorno. Le statistiche portate in campo non l'hanno ancora risolta e forse il metodo statistico è impotente a risolverla, se gli operatori non si decidono a fornirci delle statistiche particolareggiate in cui si tenga calcolo di tutti gli elementi, condizioni generali e locali che possono influenzare il pronostico. Fra queste ultime cito principalmente lo sviluppo infraligamentario. Dalla nostra discussione però emerge un fatto altamente confortante per la umanità. Circa cinque anni or sono si discuteva e si indagava per diminuire una mortalità che con tutti i metodi si aggirava attorno al 25 0[0; ora discutiamo sopra metodi, alcuni nuovi, altri modificati, che danno però, nelle mani di alcuni operatori, la mortalità approssimativa del 5 0[0. Pur continuando a discutere e a migliorare i nostri processi si può andare superbi di tali risultati. Una parola mi sia ancora permessa sulla isterectomia vaginale, sulla quale ho espresso il mio avviso, che mantengo tuttora anche dopo la comunicazione del dottor Doyen, confutata d'altronde già brillantemente dal prof. Péan. La mia meraviglia è grande nel vedere come si vadano inventando strumenti sul genere di quello presentato per rendere possibili certi veri *tours de force* come è quello di esportare per via vaginale dei tumori che oltrepassino il bellico di due, tre dita, quando possono essere esportati più facilmente e sicuramente con rischi certo non maggiori per via addominale. La isterectomia vaginale è una preziosa risorsa nei casi di fibromi uterini, ma le sue indicazioni devono essere nettamente limitate, altrimenti è più facile riuscire a discreditarla che a diffonderla.

RASSEGNA

H. Löhlein. — **Sulla gravidanza nell'utero fissato all'addome.** (Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Giessen). — *Deutsche Med. Wochenschrift,* 15 marzo 1894.

Nell'anno 1891 specialmente si è discusso in modo vivace sulla questione *se la fissazione dell'utero alla parete addominale potesse avere un'influenza sfavorevole sul concepimento e sulla gestazione.* La questione si animò ancora di più quando comparvero i varii processi di fissazione vaginale dell'utero, a far concorrenza alla fissazione addominale del medesimo.

L'autore, quantunque avesse operato 23 casi di isteropexi nella Clinica di Giessen, non potè riferire che poco rispetto alle gravidanze ed ai parti di queste operate, perchè in dieci di questi casi furono anche asportati gli annessi bilateralmente, altre donne erano operate nella menopausa, altre restarono vergini ed una ammalò gravemente di tubercolosi polmonare. Non restarono dunque che quattro donne dove si sarebbe potuto fare qualche osservazione, ma due di queste erano state operate da troppo poco tempo onde poter eseguire dette osservazioni. Alle due rimanenti se ne aggiunse però una terza, dove dopo una miomectomia si era praticata l'isteropessia. In un caso di isteropessia si osservò nei primi mesi un vomito frequente più noioso che non nelle altre due gravidanze; varici gravi alle grandi labbra e all'ostio vaginale al VI mese; si sentivano dei cordoni che partendo dalla parete anteriore uterina si portavano alla parte inferiore della cicatrice addominale, e che si tendevano spostando lateralmente l'utero. Durante il parto non si osservarono divaricazioni o tendenze erniose sulla linea alba. Si sentì col palpamento durante la contrazione uterina (che era regolare), un cordone di aderenze che lasciava la sensazione, come se dividesse l'utero quasi in due corna. *In puerperio l'involuzione procedette regolare*, il corpo uterino stette in antiflessione, il cordone delle aderenze si mantenne teso piuttosto che non rilassato. La puerpera si alzò, dopo 20 giorni, in ottime condizioni sia per rispetto alle condizioni generali che rispetto all'involuzione uterina; il cordone di aderenze si riavvicinò alle pareti addominali, e di preferenza il corno uterino destro.

L'utero era stato fissato non veramente pel suo fondo, bensì per la parte più

alta della sua faccia anteriore a destra e a sinistra, con due punti di sutura, uno in seta ed uno in catgut. Nel secondo caso si ebbe nei primi mesi di gravidanza vomito accentuato, con deperimento di forze. L'utero malgrado si mantenesse nella buona posizione in cui era stato fissato, godeva di una certa mobilità, e ciò fu constatato fino al VI mese, perchè la donna passò in allora un certo tempo in clinica. La gravidanza continuò bene malgrado si manifestasse, come già si disse, la tubercolosi, e la donna mise alla luce una bambina bene sviluppata, mediante un'applicazione di forcipe. Si noti che in questa donna era stato esportato un mioma intramurale col metodo di Martin, e che l'utero retroflesso era stato fissato alla parete addominale in modo che la linea di dieresi uterina corrispondeva al punto di fissazione sull'addome ed era cucita insieme con essa.

A. Cioja.

Ancora sulla narcosi coll'etere. — Società medica berlinese, seduta 7 marzo 1894, presieduta da Virchow.

Ebbe luogo in questa seduta una importantissima e riassuntiva discussione sulla *questione della narcosi coll'etere e col cloroformio.* Vi presero parte sei relatori che fornirono dati statistici ricchissimi ed accuratamente interpretati, in modo che si può dire che questa discussione presieduta da Virchow riassume tutte le altre, ed è pregevole per chi voglia in breve tempo farsi un concetto esatto e completo di questa eterna questione. Le conclusioni accettate furono ancora quelle del Landau.

1.° Sopra 150,000 narcosi coll'etere non si ebbe un caso di morte.

2.° I casi di morte colla narcosi eterea sono più evitabili che non adoperando il cloroformio.

3.° Adoperando il cloroformio si osserva prima che coll'etere l'arresto dell'azione cardiaca.

4.° Adoperando l'etere si arresta prima la respirazione mentre il cuore continua a battere.

5.° I feti asfittici si rianimano benissimo (respirazione artificiale); è assai più difficile rianimare gli individui in cui il cuore taccia per azione del cloroformio. Secondo König i tentativi di rianimare colla faradizzazione non valgono a nulla.

6.° Non si tratta di preferire una maschera o l'altra per eterizzare bene, bisogna saper far affluire a tempo e luogo l'aria nei polmoni dell'ammalato.

7.° Non bisogna adoperare l'etere nelle bronchiti e nelle nefriti.

8.° Bisogna mantenere la trachea orizzontale durante tutta la narcosi.

A. Cioja.

Arbeiten aus Anatomischen Instituten. — Fr. Merkel in Göttingen, R. Bonnet in Giessen. I.° volume (3 fascicoli), 1893. Ed. Bergmann, Wiesbaden.

In questa elegantissima pubblicazione si vanno raccogliendo come in un giornale ufficiale i lavori degli istituti anatomici della Germania. Contiene delle tavole originali di una nitidezza straordinaria, tanto per le figure istologiche quanto per quelle che riguardano le preparazioni anatomiche. Le figure embriologiche poi sono veramente artistiche, e di una verità sorprendente.

In questo pregevolissimo volume è contenuto uno studio del Disse dott. J., prosettore a Göttingen, sopra i rapporti della vescica umana, e suoi mutamenti di posizione durante lo sviluppo (8 figure, 3 schizzi e due tavole), l'ubicazione di essa nell'uomo, nella donna e nel bambino.

I dati che si vengono di mano in mano fissando in questi studii e che riguardano la cupola della vescica, il suo fondo, lo sbocco degli ureteri, ecc. sono importantissimi per le operazioni del ventre e per quelle praticate dalla via vaginale.

Ecco qualche conclusione del Disse: nella donna la cupola della vescica ripiena non raggiunge il piano dello stretto superiore della pelvi che solamente quando per qualche causa speciale lo spazio dello scavo viene a trovarsi limitato. Ciò può succedere o per la presenza di adipe nella fossa ischio rettale o per tumori procedenti dalle pareti del bacino, o per una gravidanza extrauterina, o per ripienezza del retto.

Il peritoneo della donna arriva più vicino alla sinfisi che non negli uomini, e si spinge molto in basso nella piccola pelvi.

L'autore ha preso in considerazione nelle sue ricerche anche gli studii fatti sui cadaveri congelati nelle cliniche ostetriche estere ed italiane.

A. Cioja.

Vibert. — **Relation médico-légale d'une affaire d'avortement (Affaire Thomas).** — *Ann. d' hygiène pub. et de méd. lég.*, 1893, T. XXIX, p. 71.

Il gran numero di donne implicate in questo processo di aborto, e le circostanze di fatto poste in chiaro dalle accurate indagini del Vibert, che ne ha esaminate ben 72, rendono importante questa relazione. La Thomas aveva fatto della pratica dell'aborto criminoso un lucroso mestiere, che esercitava con rara abilità ed al quale aveva iniziato pure il suo amante e complice Floury. E 66 delle 72

donne suddette riconoscevano di esser ricorse all'opera sua. La maniera di procurare l'aborto era sempre la stessa, cioè iniezione endouterina con acqua o con l'infuso di una pianta qualunque, mercè un piccolo iniettore vaginale. La T., secondo le confezioni sue e delle sue complici, con una sola mano, senza aiuto di speculum o di dito esploratore, introduceva la cannula fino al fondo della vagina, e, dopo alcuni tentativi, direttamente nel collo dell'utero, nella cui cavità iniettava il liquido. L'Autore, sperimentando su' cadaveri, non una volta è riuscito a penetrare nel canale cervicale servendosi della sola mano destra, e neppur sempre è giunto a penetrarvi sulla guida dell'indice sinistro, ed ha costatato che, anche dopo introdotta, la cannula sfugge facilmente. Ma, con tutto che esistano queste reali difficoltà, ha dovuto finire per ammettere che in quasi tutte le donne che hanno abortito vi sia stata una vera iniezione endouterina. Però con tutto che la T. conoscesse bene la situazione dell'utero, del suo collo e dell'orificio, non sempre riusciva di primo acchito, e spesso era costretta a ripetere l'iniezione, e perfino parecchie volte (5-8-11-20).

In quanto all'efficacia di tali iniezioni, bisogna tener presente che le 72 donne accusate ricorsero alla T. per un complesso di 105-110 gravidanze, e quindi vi furono altrettanti tentativi di aborto. Di questi, 11 riuscirono certamente e 7 certamente fallirono; i rimanenti (che comprendono tutte le donne operate tra gli 8 giorni e i 2 mesi e mezzo dopo la soppressione del tributo mensile) van ripartiti in due gruppi. Le donne comprese nel primo gruppo dichiararono che in segnito alle iniezioni avevano riavuto il flusso sanguigno per nulla differente dal solito. Quelle del secondo (circa 50 casi) dichiararono di aver avuto fuoriuscita più abbondante di sangue, con emissione di grumi o di pellicole ed accompagnata da coliche e dolori di reni insoliti. Quindi si può dire che nel maggior numero de' casi del 2.° gruppo l'aborto si sia verificato, e così del pari in parecchi casi del 1.°, tenendo presente l'interesse che le accusate avevano di mentire. Cosicchè è molto probabile che la T. procurasse l'aborto alla maggior parte delle donne che ricorrevano a lei.

Di sommo interesse poi è il rilevare il modo come le donne sopportavano tali manovre abortive. Queste erano di breve durata (1-5 minuti), quasi mai provocavano dolore. Però alcune volte, ma raramente (in 6 donne soltanto), o nel momento dell'introduzione della cannula o durante l'irrigazione o qualche minuto dopo si determinarono malessere generale, prostrazione di forze, lipotimie, stordimenti, vomiti, ed in un caso perfino la morte; come avvenne alla giovane Mogne, dalla cui morte prese le mosse l'inchiesta giudiziaria.

La Mogne era sana e vigorosa, senza antecedenti nevropatici, incinta a 4 mesi e mezzo, e morì in qualche minuto, prima che si facesse l'irrigazione, mentre la cannula era stata appena introdotta nel collo uterino. All'autopsia si trovarono

il collo e l'orifizio uterino intatti, le membrane integre e non scollate, tutti gli organi sani. L'A. (che in una nota si riporta a de' casi analoghi di morte improvvisa avvenuta in seguito ad irrigazioni col metodo di Kiwisch, ed anche, in un caso proprio, in seguito a semplice irrigazione vaginale), spiega la morte con un'azione inibitrice riflessa determinata dall'eccitazione del collo uterino, contrariamente all'opinione di Tardieu e di Tourdes, i quali ritengono che in tali casi la sincope dipenda dall'eccesso del dolore; mentre le 6 donne che presentarono fenomeni nervosi più o meno gravi o non avvertirono dolore o ne avvertirono pochissimo. Egli pone in relazione questi accidenti con peculiari (e spesso transitorie) condizioni della donna, e dà una speciale importanza al periodo fisiologico della digestione.

Non si hanno notizie esatte sul tempo trascorso fra le manovre abortive e l'aborto; però in più della metà delle donne l'emorragia cominciò nelle prime 24 ore (d'ordinario 6-8 ore) dopo l'iniezione e perfino (5 volte) un'ora dopo. Pare che solo 4-5 donne siano state malate seriamente in seguito all'aborto. Però 24 delle 72 esaminate erano affette da metriti, le quali in parte si debbono mettere in relazione con le manovre abortive, che facilmente possono determinare infezioni locali e qualche volta anche generali.

Dal *Giornale di Medicina Legale*, N. I, 1894.

G. Corrado.

Dott. Moritz. — **Ein Fall von Sarggeburt** *(Un caso di parto in cadavere tumulato). — Viertelj. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen*, 1893, I Heft, s. 93.

Una donna di 35 anni muore in travaglio di parto prima della espulsione del feto. Tre giorni dopo viene tumulata, e nel momento stesso della tumulazione si constata il feto ancora nell'utero. Una imputazione alla levatrice per imperizia o negligenza determina l'esumazione e l'ispezione del cadavere, che hanno luogo 38 giorni dopo la morte e 35 dopo la inumazione. Nel cadavere della donna si trova avanzato grado di putrefazione; tra le coscie divaricate giace il cadavere di un feto maschio a termine, col dorso in su, il capo a livello delle ginocchia della madre e volto in avanti ed a sinistra, i piedi in corrispondenza delle parti genitali materne.

Il cordone in connessione con il feto e con la placenta, e questa, molto putrefatta, è in massima parte libera tra le coscie della madre, mentre per una parte sola del suo margine è ancora fissa all'utero. L'utero è completamente rovesciato

fuori delle parti genitali, grosso quasi quanto una testa di uomo, e teso; la superficie interna liscia, di un rosso-grigio sporco con macchie verdi e nel punto di attacco della placenta scabra e verde nerastra. Molto gas di cattivo odore all'apertura del ventre; anse intestinali molto gonfie da gas da putrefazione. Alla pressione sull'utero rovesciato, la cavità formata dalle pareti arrovesciate di esso e tapezzata dal rivestimento peritoneale, lascia uscire nella cavità del ventre molto gas di cattivo odore, in seguito di che l'utero viene ridotto. Putrefazione avanzata in tutti gli organi delle cavità splancniche: diaframma da entrambi i lati a livello della 5.ª scatola. Per l'avanzata putrefazione, l'A. dichiara di non poter precisare la causa della morte.

Riferendosi ad un caso di Bleisch, pubblicato nel 1892, e del tutto simile, l'A. spiega l'espulsione del feto come effetto della pressione dei gas da putrefazione raccolti nella cavità del ventre; e ciò: *a)* perchè dal momento della morte alla inumazione passarono 3 giorni; *b)* perchè nel momento stesso dell'inumazione fu trovato il feto nell'utero; *c)* perchè la quantità di gas da putrefazione raccolto nell'addome era così grande che la pressione esercitata da esso doveva essere più che sufficiente alla espulsione del feto normalmente situato.

Dal *Giornale di Medicina legale*, N. 1, 1894.

E. de Arcangelis.

CORRISPONDENZA

Ill. Sig. Direttore degli « Annali di Ostetricia e Ginecologia, »

All'unico scopo di correggere una piccola inesattezza occorsa nella citazione di una mia memoria, la prego voler pubblicare quanto segue.

Ringraziandola anticipatamente presento distinti doveri

Devot.
Dott. BOSSI.

Nel Fascicolo 23-24 (Vol. I, Parte II) del « Trattato di Ostetricia » in corso di stampa del prof. Cuzzi veggo citata una mia memoria a pagina 872 colle seguenti parole: « *così vediamo il Bossi estendere* SEMPRE *il capo nelle primipare con due dita nel retto.* »

Pur sentitamente ringraziando il prof. Cuzzi dell'onore fattomi di ricordare quel modestissimo mio lavoretto (« Sul modo di evitare le lacerazioni dell'anello vulvo-vaginale e del perineo, ecc. » 1887. *Annali di Ost. e Ginec.* Comunicazione al III Congresso di Ost. e Gin.), credo necessario rilevare, che non solo non suggerii nè suggerisco di introdurre le dita nel retto per estendere la testa, ma che sostenni il contrario, e cioè l'estensione dall'esterno.

Basterà a tal uopo ricordare qualche periodo della mia pubblicazione.

« Ma a tale atto (l'introduzione delle dita nel retto) si mettono a « carico varii inconvenienti, come il dolore che si provoca colle dita « introdotte nel retto, il pericolo di lesioni di esso, il pericolo per l'an- « tisepsi e la ripugnanza della donna.

« Obbiezioni queste di cui devesi tener calcolo specialmente per « l'insegnamento alle levatrici e per l'assistenza ai parti in case private.

« Pensai allora di fare dall'esterno quanto viene fatto dal retto, ed « invece di introdurre il dito nell'intestino poggiavo le tre dita mediane « della mano destra contro la regione esistente fra l'ano e la punta del « coccige e spingere in alto la fronte che si riesce benissimo a sentire « anche da questa regione. *Feci così invece dell'expressione rettale l'expres- « sione esterna od extra rettale.* »

E più avanti concludevo colle seguenti altre frasi:

« Che l'expressione fatta dall'esterno, che si potrebbe chiamare « expressione esterna o extrarettale può benissimo sostituire la rettale.

« *Che tolto quindi l'inconveniente di introdurre le dita nel retto,* la « deflessione manuale della testa fatta nel modo sopra riferito ed a scopo « di proteggere il perineo e l'anello vulvare può essere preferito agli « altri metodi, dando risultati molto soddisfacenti. »

Volendo quindi riassumere, il metodo ch'io consigliavo nel 1887 nel Congresso d'Ost. e di Gin. e successivamente sempre suggerii si è: applicare l'indice, il medio e l'anulare della mano destra longitudinalmente dall'alto al basso al perineo e con esse dita esercitare una contropressione dall'esterno, onde evitare la troppo rapida foruscita della testa e nello stesso tempo uncinando dall'esterno il fronte aiutare l'estensione tendendo a spingere la testa contro il pube, onde diminuire l'eccessiva distensione del perineo. Colle stesse dita poi dell'altra mano applicate sulla parte alta della testa esercitare pure la stessa azione di impedire cioè la troppo rapida fuoruscita e, stirando in alto, aiutare pure l'estensione.

Genova, 17 aprile 1894.

NOTIZIE

La Società Italiana di Ostetricia a Ginecologia nella seduta straordinaria del 27 marzo decorso stabilì di tenere la sua prima seduta annuale scentifica nella seconda metà del prossimo ottobre. In detta riunione, oltre le comunicazioni scientifiche dei signori soci, si tratteranno ampiamente i seguenti temi:

1.° **Risultati prossimi e remoti dell'isterectomia vaginale per cancro.** (Relatore: Prof. Mangiagalli).

2.° **La castrazione nell'osteomalacia.** (Relatore: Prof. Truzzi).

Il titolo delle comunicazioni dovrà essere inviato alla Presidenza prima del 15 settembre. A tempo opportuno verranno distribuiti: la tessera di riconoscimento, il foglio per le riduzioni ferroviarie e l'elenco delle comunicazioni.

Presidente: Prof. Ercole Pasquali - *Corso Vitt. Emanuele 305, Roma.*
Vice-Presidente Cassiere: Dott. Felice La Torre - *Via Venti Settembre 3, Roma.*
Segretario: Dott. F. Saverio Rocchi - *Via Cavour 116, Roma.*

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Maggio 1894. Num. 5.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
diretto dal Prof. G. Martinotti

DELLA OVARITE TUBERCOLARE

STUDIO SPERIMENTALE

DEL

Prof. LUIGI ACCONCI
Direttore dell' Istituto Ostetr.-Ginecol. della R. Univ. di Genova.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY 3 JUL 94

A chi studia la tubercolosi femminile, non può passare inosservato il fatto, dirò così, singolare, che cioè il processo infettivo, a detta degli autori, prediliga con particolare frequenza la tuba, mentre l'ovaio è fra tutti gli altri organi dell' apparecchio genitale il più risparmiato dal processo morboso.

Ho detto singolare la rarità di una localizzazione della tubercolosi nell'ovaio, specialmente se si paragona colla frequenza della tubercolosi tubarica, perchè è proprio sorprendente che ciò avvenga in quell'organo che, essendo soggetto a delle attive congestioni di spesso ricorrenti, che, per il processo di rottura degli ovisacchi, presentando a brevi intervalli di tempo delle soluzioni di continuo, per le quali molto facilmente potrebbe entrare l' infezione che ha sede tanto frequente nelle sue vicinanze, sembrerebbe offrire le condizioni più favorevoli per lo sviluppo della tubercolosi.

Tale rarità spiega come la conoscenza della tubercolosi dell' ovaio abbia una data posteriore a quella della tubercolosi degli altri organi genitali femminili.

Infatti coloro che primi affermarono l'esistenza di una tubercolosi genitale della donna, Raynod e Kiwisch, non accennano niente di preciso sulle alterazioni tubercolari dell'ovaio.

Scanzoni sembra abbia pel primo riferito un caso di tubercolosi dell'utero e delle tube in cui ambedue le ovaie, in ispecie la sinistra, erano profondamente alterate dallo stesso processo.

In seguito l'esistenza di questa affezione venne confermata specialmente in base ai reperti necroscopici. Geil, Bristave, Gusserow riportarono casi di tubercolosi ovarica. Namias assicura di avere ripetutamente osservato nell'ovaio i tubercoli in tale quantità che di tutto il tessuto ovarico restava riconoscibile la sola albuginea. Rokitansky invece crede che fra gli organi che dalla tubercolosi sono colpiti con una straordinaria rarità, debba essere ascritto l'ovaio.

Nella tesi di Pillaud sulla tubercolosi dell'ovaio e della tromba è espressa l'idea che la tubercolosi dell'ovaio possa contrapporsi a quella del testicolo. Nelle sue osservazioni, egli trovò l'ovaio ingrossato, a superficie irregolare, col parenchima talora sparso di piccole cisti a contenuto citrino, più spesso di grossi ammassi tubercolari, che nei gradi di maggiore intensità del processo invadevano tutto l'ovaio e che in ultimo fluidificandosi formavano un ascesso, dal cui svuotamento risultava una caverna, come avviene nella tubercolosi polmonare. Il punto di partenza del processo tubercolare, secondo Pillaud, sarebbe nei follicoli di Graaf.

Un ulteriore contributo alla conoscenza della tubercolosi ovarica venne per la pubblicazione dei casi di Kussmaul, di Klob, di Brouardel, di Vermeil, di Frerichs, di Sturges, di Giraud e di quello molto interessante di Talamon, nel quale l'ovaio era l'unico organo del sistema genitale attaccato dalla tubercolosi.

Pure interessante è il caso illustrato da Gehle e operato da Czerny. Si trattava di una peritonite tubercolare con tubercolosi dell'utero, delle tube e dell'ovaio destro che, quasi completamente, era distrutto dalla metamorfosi caseosa. L'esame microscopico dei resti di questo ovario mostrò un abbondante aumento del connettivo e l'esistenza di pochi follicoli ipertrofici di cui uno raggiungeva il volume di un pisello.

La letteratura della tubercolosi ovarica si fece in seguito più ricca per le osservazioni raccolte nella dissertazione inaugurale di Mosler ed

in quella di Spaeth, i quali in ispeciali capitoli descrissero la tubercolosi dell'ovaio.

Nella pregevolissima pubblicazione di Hegar, nella quale in forma monografica è svolto l'argomento della tubercolosi genitale femminile, sei volte, fra i casi da questo autore riferiti, a fianco delle trombe tubercolose trovò pure le ovaie ammalate, ma in queste le alterazioni non parvero dovute ad una invasione del processo tubercolare. Ricordando questo lavoro non si può a meno di ricordare come spetti ad Hegar il merito di avere colle operazioni eseguite, quasi sempre con risultato felice, sugli annessi tubercolosi previa diagnosi esatta, mostrato un nuovo e razionale metodo curativo di questa malattia dei genitali muliebri.

Cornil, il quale pure ha molto contribuito alla conoscenza della tubercolosi genitale, specialmente colle esperienze sugli animali eseguite insieme a Dobroklonsky, dice di non aver mai visto delle produzioni tubercolari nello spessore del tessuto ovarico. Tuttavia riferisce due osservazioni di tubercolosi dell'utero e degli annessi, una di Gombault, l'altra di Doyen, nelle quali le ovaie presentavano delle isole caseose. Per contro Cornil stesso ha osservato frequentemente delle granulazioni tubercolari del peritoneo vicino all'ovaio. Egli pensa che « spesse volte sieno stati presi per neoplasmi tubercolari, dei corpi lutei in via di evoluzione, oppure dei piccoli corpi fibrosi sporgenti dalla superficie ovarica, che sono comunissimi nelle donne di età avanzata, nelle quali l'ovaio è raggrinzato e fibroso. »

Secondo Terrillon invece la tubercolosi ovarica sarebbe più frequente di quanto generalmente si crede. Difatti, su sei casi di salpingite tubercolare trattati chirurgicamente, trovò che in tre casi l'ovaio aveva partecipato al processo tubercolare e che ne era rimasto profondamente alterato.

Nel lavoro di Daurios sono riferiti dodici casi di tubercolosi ovarica, ed in tutti le lesioni erano già tanto avanzate da riuscire impossibile di scoprire il punto di partenza del processo tubercolare.

Più recentemente Heiberg in uno studio anatomo-patologico sulla tubercolosi genitale basato sul risultato necroscopico dei casi osservati durante gli ultimi 26 anni nell'Istituto anatomo-patologico del Rigshospitals di Christiania, riferisce quattro casi di tubercolosi dell'ovaio. Le alterazioni tubercolari principalmente consistevano nella metamorfosi

caseosa di pressochè tutto il tessuto ovarico e talvolta nella formazione di cisti ripiene di una poltiglia caseosa, in alcuna delle quali eravi una eruzione di tubercoli miliari nella parete interna. Solo in un caso trovò i tubercoli miliari nello stroma. Egli sostiene l'origine del processo come svolgentesi nei follicoli di Graaf e nei corpi lutei.

Orth ritiene che la rarità della tubercolosi ovarica sia stata assai esagerata, quantunque dalle cognizioni che oggidì possediamo su di essa, si debba tuttavia classificarla fra le affezioni rare. Può riscontrarsi sotto forma di noduli caseificati nel centro; per lo più egli l'ha riscontrata invece sotto forma di infiltrazioni caseose diffuse. Nei casi occorsi alla sua osservazione l'ovarite tubercolare era sempre complicata da tubercolosi peritoneale, spesso da pelvi-peritonite tubercolare adesiva, le cui pseudomembrane formavano ascessi caseosi in cui erano chiuse completamente od in parte le ovaie e porzione delle tube. Può esser colpito il solo ovaio da uno o da ambi i lati; per lo più è accompagnata da tubercolosi tubarica od utero-tubarica.

Per finire colla letteratura della tubercolosi ovarica dirò come siano stati osservati anche dei casi in cui il processo tubercolare si è sviluppato anche sui tumori dell'ovaio. Spencer Wells ha più volte osservato nelle pareti delle cisti ovariche semplici dei numerosi noduli che all'esame praticato da Fox risultarono d'origine tubercolare. Baumgarten in un tumore ovarico esportato da Dohrn ad una ragazza di 14 anni trovò dei noduli di varia grandezza, del volume d'un seme di papavero a quello di un pisello; nei noduli più giovani trovò delle cellule giganti. Olshausen infine accenna ad un preparato di cistoma ovarico nella cui parete interna trovansi dei noduli tubercolari dei quali la natura fu constatata da Klebs. Questo preparato trovasi nell'Istituto patologico di Praga.

* * *

Dalle nozioni bibliografiche che sono andato esponendo, apparisce come dalla maggior parte degli autori sia approvato il concetto della rarità dell'affezione tubercolare nell'ovaio, rispetto agli altri organi dell'apparecchio sessuale femminile.

Se si volesse dare una determinata percentuale dei casi di tubercolosi ovarica, in rapporto con quelli degli altri segmenti del tratto ge-

nitale, non sarebbe possibile a causa della grande variabilità delle statistiche raccolte dagli autori sopracitati. Per dimostrare quanto ciò sia vero mi basti di riportare alcune delle principali di queste statistiche. Geil su 45 casi di tubercolosi genitale femminile cita 7 casi di tubercolosi ovarica; Freirichs su 15 ne trovò 1 caso; Gehle su 22 ne riferisce 4; Mosler 7 casi su 46; Spaeth 15 casi su 119; Daurios 12 casi su 72; Terrillon 3 su 6. Come si vede, la proporzione è troppo saltuaria fra una statistica e l'altra perchè si possa stabilire con giusti criteri una proporzione.

Dati più costanti gli troviamo invece quando si volesse conoscere con quale degli organi genitali la tubercolosi ovarica trovasi più frequentemente associata. Nei 4 casi di Gehle era in tutti associata alla tubercolosi dell'utero e della tuba; nei casi di Mosler 2 volte era accompagnata colla tubercolosi della tuba, 3 con quella dell'utero e della tuba, 1 colla tubercolosi dell'utero ed 1 volta era affetto il solo ovaio; nei 15 casi di Spaeth eravi in 3 casi tubercolosi del solo ovaio, in 3 coll'ovaio era colpita la tuba, in 5 la tuba e l'utero ed in 3 casi eravi tubercolosi dell'utero. Sono quindi 26 casi di tubercolosi ovarica nei quali il processo 5 volte aveva colpito il solo ovaio, 12 l'utero e la tuba, 5 la tuba e 4 l'utero.

Da queste statistiche risulterebbe provato quanto dicevo in principio, che cioè la tubercolosi genitale raramente attacca l'ovaio e risulta pure che l'ovaio è quello fra gli organi femminili in cui più raramente la tubercolosi rimane isolata. Per questo fatto Klebs riteneva che la tubercolosi della tuba o dell'utero non fosse mai il punto di partenza della tubercolosi ovarica, ma che in quest'organo l'infezione provenisse da altre sorgenti. Spaeth, basandosi sui reperti anatomo-patologici della tubercolosi genitale, ritiene per contro che un processo tubercolare sviluppatosi nell'utero o nella tuba può propagarsi secondariamente all'ovaio o viceversa.

Sulla possibilità di una tubercolosi primitiva dell'ovaio si è molto discusso e da taluni è stata anche negata. Mosler e Spaeth ne sostengono l'esistenza appoggiandosi ad alcuni risultati necroscopici, fra i quali il più interessante è il caso N. 46 delle osservazioni raccolte da Mosler. In questo caso fu trovato una tubercolosi dell'ovaio destro e del rene dello stesso lato senza che altre manifestazioni tubercolari esistessero

negli altri organi uro-genitali non solo, ma neanche nei polmoni e negli altri visceri. Le lesioni tubercolari del rene avevano un aspetto assolutamente recente, mentre quelle dell'ovaio apparivano d'antica data; era quindi da ritenersi che il processo tubercolare primitivamente sviluppatosi nell'ovaio si fosse in seguito propagato al rene.

Secondo Mosler la tubercolosi ovarica si presenta sotto due forme, una miliare, l'altra caseosa; la prima forma non sarebbe che il principio della seconda. Egli suppone che il processo incominci colla comparsa di tubercoli miliari nel tessuto ovarico, i quali essendo vicini l'uno all'altro, crescendo e caseificandosi poco a poco si fanno confluenti, formano dei grossi focolai caseosi e trasformano l'intero organo in un ammasso caseoso limitato dall'albuginea che per la sua resistenza facilmente lo contiene; dell'epitelio germinativo non ne rimane traccia.

L'ammasso caseoso può in seguito rammollirsi e produrre un ascesso che raramente si rompe a causa appunto della resistenza del suo involucro. Il volume cui può giungere l'ovaio tubercolotico varia da quello di un uovo di piccione a quello di un uovo di oca.

Nel maggior numero dei casi la tubercolosi ovarica è accompagnata da una periovarite adesiva: solo in rare eccezioni il peritoneo rimane illeso. Per mezzo di strette aderenze l'ovaio tubercolotico spesse volte si salda colla tuba pure invasa dallo stesso processo ed allora col progredire dell'affezione può prodursi un grande focolaio, come io stesso ebbi ad osservare in due casi da me operati di laparotomia nella Clinica di Padova.

Sono varie le vie per le quali il virus tubercolare può giungere all'ovaio. L'infezione può avvenire per continuità da un processo tubarico o peritoneale, oppure può essere trasportato all'ovaio per il torrente circolatorio.

* * *

Quelle che sopra ho esposto sono, tratteggiate a grandi linee, le nozioni principali che, attingendo alle fonti bibliografiche più importanti, ho potuto raccogliere sulla tubercolosi dell'ovaio.

Uno studio minuto e particolareggiato sulle intime alterazioni che nel tessuto ovarico produce il bacillo della tubercolosi non lo abbiamo

ancora e fra i trattati di ginecologia pochissimi sono quelli in cui è poco più che accennata questa lesione. I reperti necroscopici ed i pezzi esportati dal coltello del ginecologo, sulla investigazione dei quali si fondano le nozioni che attualmente possediamo su questo argomento, non si prestano ad uno studio completo del processo, perchè sì negli uni che negli altri le lesioni avevano quasi sempre raggiunto un grado così elevato da non essere più possibile riconoscere il modo di iniziarsi delle alterazioni. Quindi le ipotesi emesse dagli autori, sia sul punto dell'ovaio in cui il processo incomincia, sia sul modo col quale successivamente si propaga, benchè certo non sieno mancanti di verosimiglianza, tuttavia non sono altro che teoretici ragionamenti che mancano della prova di fatto.

Si è perciò che uno studio sperimentale sulla tubercolosi ovarica, studio che a mia conoscenza non è stato fatto finora, mi parve non fosse per riuscire inutile; imperocchè solo in questo modo si potranno esattamente rilevare, fin dal loro inizio, le alterazioni prodotte dai bacilli della tubercolosi, seguirle grado a grado nelle fasi di successivo sviluppo e così raccogliere degli elementi per una descrizione sufficientemente completa della tubercolosi ovarica.

All'ottimo amico mio prof. G. Martinotti, nel cui laboratorio molto cortesemente fui accolto, che mi fornì di mezzi e di preziosi consigli per condurre a termine queste mie ricerche, attesto pubblicamente la mia gratitudine.

Devo anzitutto avvertire come volendo io limitare il mio studio specialmente alla tubercolosi del solo ovaio, abbia cercato nella mie esperienze di infettarlo direttamente. A far ciò fui indotto dai risultati ottenuti nelle esperienze già da altri e per altro scopo eseguite nei genitali femminili.

In quelle esperienze il virus tubercolare fu introdotto per la via naturale ed il processo tubercolare che ne derivò non produsse mai lesioni tubercolari dell'ovaio; almeno così sono autorizzato a supporre, da che non si trovano accennate lesioni dell'ovaio negli scritti in cui queste esperienze sono riferite. Infatti negli esperimenti eseguiti da Cornil e Dobroklonsky, in quelli del Guzzoni degli Ancarani ed in quelli che l'Angiolini fece a Padova nel laboratorio del Bonome non avvennero mai lesioni tubercolari dell'ovaio.

Il mio studio adunque riguarda puramente la tubercolosi dell'ovaio direttamente infettato; e siccome ho supposto possibile che l'andamento del processo tubercolare nell'ovaio potesse modificarsi quando l'infezione avesse attaccato anche il peritoneo vicino all'ovaio, con o senza partecipazione della tuba e dell'utero, in alcuni casi ho pure direttamente infettato anche questi organi.

Gli animali da esperimento furono giovani coniglie del peso di circa 1500 grammi. Come sostanza infettante usai sempre una emulsione di cultura pura di bacilli tubercolari in acqua sterilizzata.

L'esperimento era condotto nel modo seguente: fissata la coniglia supina sul tavolo operatorio, rasi i peli del ventre, lavavo la pelle da prima con acqua e sapone, quindi con soluzione di sublimato corrosivo all'1 0[00; poscia asciugata con cotone sterilizzato la ungevo abbondantemente con olio d'oliva bollito. Gli strumenti, la garza e la seta per le suture erano sterilizzate coll'ebullizione e tenuti immersi nell'acqua bollita.

Dopo cloroformizzata la coniglia le pareti addominali erano incise lateralmente con un taglio longitudinale a destra od uno a sinistra, secondo che operavo l'uno o l'altro ovaio. All'incisione veniva data una lunghezza sufficiente per lasciar passare l'indice col quale uncinavo l'ovaio e lo estraevo dalla cavità addominale e quindi, per mantenerlo fisso stringeva il mesovario tra l'indice ed il pollice. Con una striscia di garza sterilizzata e spremuta dopo averla bagnata nella soluzione di sublimato all'1 0[00, circondavo tutt'attorno l'ovaio e chiudevo l'apertura delle pareti addominali, in modo da impedire che qualche poco della emulsione da iniettare cadesse sulla soluzione di continuo delle pareti addominali o penetrasse nella cavità del peritoneo. Con un sottilissimo ago tubulato, innestato ad una siringa di Pravatz ripiena della emulsione di bacilli tubercolari, penetravo nell'ovaio trafiggendolo secondo il suo massimo diametro per circa tre quarti della sua lunghezza e poscia leggermente ritirando l'ago vi spingevo una piccola quantità del liquido infettante. Appena estratto l'ago, un assistente con un'ansa di filo di platino incandescente cauterizzava subito superficialmente quel punto dell'ovaio dove era stato praticato il foro, e allo scopo di sterilizzare quella, benchè piccola, parte di liquido che fosse per avventura uscita dall'interno e per produrre anche una piccola escara che occludesse il foro. Rimesso

quindi l'ovaio nella cavità chiudevo con duplice strato di sutura le parti addominali e medicavo la ferita con collodion jodoformico.

Allorquando volevo infettare la cavità della tuba o del corno uterino procedevo collo stesso metodo come per l'ovaio.

Dal modo col quale furono praticate le esperienze e che io ho voluto assai minutamente descrivere, si capirà facilmente come io abbia voluto tentare, colla maggior possibile sicurezza, di limitare l'artificiale infezione a quell'organo in cui volevo studiarne le lesioni da essa derivanti.

* * *

Premesse queste particolarità, riferentesi alla tecnica operatoria, passo a descrivere le esperienze, le quali, se non raggiungono una cifra cospicua, stimo tuttavia siano sufficienti allo scopo prefisso.

Prima serie di esperienze, nelle quali furono infettate solamente le ovaie:

Esperienza I. — Il 7 maggio inoculazione di ambedue le ovaie, di una coniglia col metodo sopra descritto. La coniglia è uccisa il 16 marzo mediante la puntura del bulbo, previa narcosi cloroformica.

Autopsia praticata immediatamente dopo la morte. — Stato di nutrizione generale, buono. Le due ferite addominali sono completamente cicatrizzate. Nel cavo addominale liquido in quantità normale: intestini liberi da aderenze. Milza piuttosto tumefatta, non presenta alcunchè di speciale. Nel fegato e nei reni niente di anormale. Polmoni e cuore sani. Utero e tube normali. Ovaie in posizione normale libere da aderenze, non ricoperte da alcun essudato; sembrano un poco aumentate di volume e presentano vari follicoli alquanto ingrossati. Vengono asportate e divise in pezzi piccoli e messe a fissare parte in alcool assoluto, parte nel liquido del Flemming. La ricerca dei bacilli tubercolari col metodo Ziehl-Gabbet nel succo della milza e nel liquido peritoneale riesce negativa.

Esame microscopico delle ovaie. — Tanto in questa che nelle altre esperienze, le sezioni dei pezzi fissati in alcool assoluto sono colorate con safranina e poscia passate in alcool cromico (metodo Martinotti): quelle fissato in liquido del Flemming sono colorate con safranina secondo il metodo dello stesso autore. Nel tratto corrispondente alla ferita si osserva una necrosi completa di tutti quanti gli elementi, senza che

all'interno ci siano fenomeni molto spiccati di reazione, e ciò è forse in rapporto colla tenuità della ferita a causa della sottigliezza dell' ago. L'alterazione generale che si riscontra nell'ovaio è quella di una degenerazione tanto degli ovuli primordiali, quanto dei follicoli di Graaf ed in questi tanto dell'ovulo che delle cellule della granulosa. L'alterazione si presenta più frequentemente coi caratteri della cromatolisi, specialmente nelle cellule della granulosa, mentre nell'ovulo è più frequente l'atrofia semplice del nucleo. In alcuni follicoli si riscontra anche l'aumento del *liquor follicoli:* in nessuno si notano segni di degenerazione grassa. Accanto a questi fenomeni degenerativi si osservano altresì fenomeni attivi rappresentati da figure cariocinetiche, le quali si riscontrano nelle cellule della granulosa di quei follicoli che sono meno alterati, nella *theca folliculi* ed anche nello stroma dell'ovaio in quei gruppi di cellule che derivano dall'epitelio germinativo (abortive Eischläuche, Nussbaum). Un'altra particolarità che si osserva è la presenza di piccolissimi noduli formati da cellule aventi il carattere di cellule epitelioidi. Questi noduletti assai scarsi di numero si incontrano sempre nello stroma, mai nei follicoli a qualsiasi grado del loro sviluppo, però tanto i follicoli che gli ovuli primordiali più prossimi a questi noduletti si presentano più gravemente alterati nel modo sopra descritto. Al dintorno di questi piccoli noduli tubercolari si trovano figure cariocinetiche in elementi cellulari che, a quanto sembra, sarebbero quelli derivati dall'epitelio germinativo di cui sopra ho detto. In nessuno dei noduli avvi traccia di cellule giganti, o di fenomeni degenerativi, o di infiltrazione periferica di cellule semoventi, o di fenomeni congestizi dei vasi prossimi. Evidentemente si tratta in questo caso di noduli tubercolari all' inizio del loro sviluppo. Nelle sezioni dei pezzi fissati in alcool colorite col metodo di Ziehl-Gabbet si trovano discretamente abbondanti i bacilli tubercolari i quali sono disseminati od a gruppi nello stroma ovarico. In nessun follicolo di Graaf si riesce a dimostrarne la presenza e neanche negli ovali primordiali.

Esperienza II. — Coniglia operata come la precedente il giorno 8 marzo: uccisa il 18 dello stesso mese.

Autopsia praticata subito dopo la morte. — Discreto lo stato di nutrizione generale. Ferite operatorie ulcerate con noduli caseificati nei contorni. Entero-peritonite adesiva limitata alle anse corrispondenti alla ferita di destra. Milza tumida, a superficie ineguale: superficie di sezione con piccoli rilievi senza caratteristiche speciali. Fegato e reni sani. Utero e tube normali. Ovaio sinistro libero da aderenze poco ingrossato, seminato di piccolissime cisti a pareti trasparenti. Ovaio destro ricoperto da essudati, alquanto tumefatto. Le ovaie in pezzetti sono messe parte in Flemming, parte in alcool assoluto. L'esame bacterioscopico del

succo della milza e di frammenti dei noduli caseificati della ferita addominale di destra dimostra l'esistenza di scarsi bacilli tubercolari.

Esame microscopico delle ovaie. — Le alterazioni generali sono della stessa natura e dello stesso grado che nelle ovaie della esperienza precedente. Si osserva un nodulo tubercolare abbastanza voluminoso presso cui stanno due altri noduli di volume minore: in tutti tre sono abbondanti le figure cariocinetiche. La ricerca dei bacilli tubercolari col solito metodo riesce positiva in ambedue le ovaie, specie nel destro. Si trovano i bacilli sempre nello stroma, mai nei follicoli nè negli ovuli primordiali.

Esperienza III. — Coniglia operata al solito di inoculazione di ambedue le ovaie, addì 8 marzo. Uccisa nel modo già detto il 21 marzo.

Autopsia praticata subito dopo la morte. — Nutriz. generale buona. Ferita destra cicatrizzata interamente; la sinistra è ulcerata e ricoperta di essudato d'aspetto caseoso in cui riesce negativa la ricerca dei bacilli tubercolari. Nulla di anormale all'apertura dell'addome. Superficie interna della ferita sinistra cicatrizzata, vi aderisce mediante una fimbria di connettivo compatto un'ansa del tenue. Milza non aumentata di volume, di aspetto normale. Il succo splenico non contiene bacilli. Fegato e reni normali. Polmoni e cuore niente di speciale. Utero e tube normali. Ovaio destro grosso come un pisello, ha aspetto microcistico. Ovaio sinistro più grosso del normale, meno però del destro, presenta pure meno spiccato l'aspetto microcistico. Pezzetti di ambedue le ovaie in Flemming ed in alcool essudato.

Esame microscopico delle ovaie. — L'ovaio destro istologicamente è trasformato in un gruppo di grosse cisti formate da follicoli di Graaf molto dilatati, separate fra di loro da un connettivo compatto. Nella parte periferica dell'ovaio, in cui non esiste più traccia dell'epitelio germinativo, si notano degli ovuli primordiali, quasi tutti colpiti dalla cromatolisi. L'interno dei follicoli dilatati è riempito da un liquido coagulato sotto forma di granuli irregolari. La parete interna dei follicoli è tappezzata senza interruzione dalle cellule della granulosa aventi aspetto non molto differente dalla norma. In nessuna di esse si osservano fenomeni cariocinetici. Queste cellule della granulosa formano a distanza pressochè uguale dei cumuli, nel centro di ciascuno dei quali si scorge una grossa cellula, presentante tutti i caratteri dell'ovulo. Di questi cumoli, simili affatto al *cumulus* o *discus proligerus* se ne trovano quattro o cinque per ogni follicolo e gli ovuli ivi contenuti sono colpiti dalla cromatolisi. Si tratta evidentemente di *paraovuli* (Nebeneiern-Schottlaender). Il vero ovulo manca costantemente in questi follicoli così dilatati, ma è dubbio se sia stato soggetto ad un processo degenerativo pel quale sono scomparse oltre i limiti ordinari le cellule della granulosa. Di nobuli tubercolari non se ne trova che uno piccolissimo nella parte periferica del-

l'ovaio. L'ovaio sinistro presenta le alterazioni pressochè identiche a quelle riscontrate nelle ovaie delle precedenti esperienze.

I noduli tubercolari vi sono scarsi di numero e piccolissimi; del resto niente altro di specialmente degno di nota.

La ricerca dei bacilli nelle sezioni fissate in alcool e colorite col solito metodo riesce positiva; i bacilli però sono in poca quantità, specialmente nell'ovaio destro, ed hanno la stessa ubicazione come nelle ovaie precedentemente descritte.

Esperienza IV. — Coniglia operata il 7 marzo di inoculazione di ambedue le ovaie. Uccisa il 23 marzo.

Autopsia praticata subito dopo avvenuta la morte. — Buono lo stato di nutrizione generale. Due glandule inguinali, una per lato, sono tumefatte ed aumentate di consistenza: non contengono bacilli tubercolari. La ferita sinistra presenta un essudato di aspetto caseoso nel quale pure non si trovano bacilli. La ferita destra è cicatrizzata completamente.

Nel peritoneo niente di speciale all'infuori dell'aderenza di un'ansa del tenue alla ferita sinistra. Milza tumida, seminata di noduli, il cui succo non contiene bacilli. Fegato e reni in legger grado di rigonfiamento torbido. Sani i polmoni ed il cuore. Pure normali le tube e l'utero. Le ovaie d'ambo i lati sono ingrossate e presentano molti follicoli sporgenti aumentati di volume; sono circondate da esiti di limitatissima peritonite adesiva. Pezzetti delle ovaie sono messi al solito in Flemming, altri in alcool assoluto.

Esame microscopico delle ovaie. — L'ovaio destro presenta come alterazione generale un aumento notevolissimo dello stroma connettivo, nel quale si notano scarsi ovuli primordiali e scarsi follicoli. Questi ultimi assai dilatati presentano nel loro interno quelle modificazioni che sono state descritte nell'ovaio destro della precedente esperienza.

Si osservano in discreto numero i noduli tubercolari; alcuni di essi sono colpiti da metamorfosi caseosa ed in molti di essi si riesce a dimostrare i bacilli della tubercolosi. Nell'ovaio sinistro le alterazioni sono analoghe a quelle del destro, ed ancora più abbondante è il tessuto connettivo neoformato.

Esperienza V. — Coniglia operata il 7 marzo di inoculazione di ambedue le ovaie. Uccisa nel solito modo il 25 marzo.

Autopsia eseguita immediatamente dopo la morte. — Stato di nutrizione generale, buono. Ferite addominali interamente cicatrizzate tanto all'esterno che all'interno. Perfettamente sano e senza alcuna aderenza il peritoneo. Milza di volume ed apparenza normali. Fegato, reni e visceri toracici normali. Utero e tube pure normali. Le ovaie d'ambo

i lati assai ingrossate, non ricoperte da essudati, hanno marcatissimo aspetto microcistico. Negativa la ricerca dei bacilli nel succo splenico. Le ovaie in pezzetti sono messe parte nel liquido del Flemming, parte in alcool assoluto.

Esame microscopico delle ovaie. — Ambedue le ovaie presentano un aumento notevolissimo del connettivo. Gli ovuli primordiali quasi tutti sono colpiti dalla cromatolisi: i follicoli di Graaf scarsi di numero sono notevolmente dilatati, la loro parete interna è tappezzata dalle cellule della granulosa che presentano come nelle esperienze precedenti dei cumuli contenenti i paraovuli essi pure in cromatolisi. In alcuni follicoli di sviluppo meno avanzato, oltre i paraovuli si scorge pure l'ovulo assai alterato. Si trovano solo piccolissimi e scarsi noduli tubercolari in preda a degenerazione caseosa contornati da un fitto strato di tessuto connettivo.

* * *

Seconda serie di esperienze, nelle quali furono infettate le ovaie ed il peritoneo:

Esperienza VI. — Coniglia operata il 7 marzo. Inoculazione di bacilli tubercolari in ambedue le ovaie ed iniezione di poche goccie della emulsione di bacilli nella cavità peritoneale, in vicinanza delle ovaie. Uccisa nella solita maniera la mattina del 27 marzo.

Autopsia praticata subito dopo la morte. — Buono lo stato di nutrizione generale. Ferite operatorie completamente cicatrizzate esternamente; all'interno della ferita di destra vi sono noduli di sostanza caseosa ed un essudato cui aderiscono alcune anse intestinali del tenue. Tanto l'essudato che i noduli caseosi non contengono bacilli tubercolari. La milza ha volume ed aspetto normali, ed il succo non contiene bacilli. Fegato, reni ed organi toracici normali. Utero e tube pure normali. Ambedue le ovaie sono assai tumefatte e ravvolte da un essudato torbido; divise in pezzetti, sono messe in Flemming ed in alcool assoluto. Nell'essudato periovarico, coll'esame batterioscopico, trovansi in scarso numero i bacilli tubercolari.

Esame microscopico delle ovaie. — Le alterazioni pressochè uguali in ambedue le ovaie, sono essenzialmente identiche a quelle che nella esperienza precedente, ma di grado più elevato; cioè i follicoli di Graaf sono più dilatati, il connettivo più abbondante e compatto, mentre i noduli tubercolari sono ancor più piccoli e in quantità minore. L'esame dei pezzi coloriti col solito metodo per la ricerca dei bacilli, ne dimostra l'esistenza in scarsissimo numero ubicati nel modo altrove descritto.

Esperienza VII. — Coniglia operata il 2 marzo di inoculazione del solito liquido infettante in ambedue le ovaie e di iniezione intraperitoneale e sottoperitoneale da ambo i lati di varie goccie della stessa emulsione di bacilli, fra le lamine peritoneali costituenti il legamento ovarico. La coniglia è uccisa al solito modo il 29 marzo.

Autopsia praticata subito dopo avvenuta la morte. — Discreto lo stato di nutrizione generale. Ferite addominali completamente cicatrizzate. Le anse intestinali sono libere nei quadranti superiori, aderenti fra loro nei quadranti inferiori. Le aderenze che cedono ad una leggera trazione sono prodotte da essudati di aspetto caseoso, nei quali si trovano bacilli tubercolari. Il peritoneo viscerale ed il grande epiploon sono seminati di noduli miliari. Milza ingrossata contenente grande quantità di noduli miliari; il succo splenico contiene bacilli. Fegato in degenerazione grassa molto manifesta. Reni in legger grado di rigonfiamento torbido. I polmoni contengono noduli miliari. I corni uterini e le tube d'ambo i lati rivestite da essudato caseoso, sono alquanto aumentate di volume. Le ovaie d'ambo i lati un poco più grosse d'un fagiuolo, contengono una certa quantità di follicoli discretamente ingrossati e sono ricoperte da essudati di aspetto caseoso facilmente esportabili, contenenti bacilli. Le ovaie al solito sono fissate parte nel liquido del Flemming, parte in alcool assoluto.

Esame microscopico delle ovaie, delle tube e dei corni uterini. — Nelle ovaie oltre i fatti notati nelle esperienze precedenti, si osserva attorno agli ovuli primordiali ed anche ad alcuni follicoli che sono ai primordi del loro sviluppo un robusto strato di tessuto connettivo i cui fasci sono disposti concentricamente. In questo tessuto connettivo si scorgono cellule in mitosi. Tanto il numero degli ovuli primordiali, che dei follicoli nei primi stadi di sviluppo è molto minore che nelle ovaie precedentemente osservate. Ciò probabilmente è in rapporto con questo processo di sclerosi che tende a comprimere e a fare scomparire gli ovuli primordiali. I noduli tubercolari sono scarsissimi, piccoli e circondati da connettivo compatto. La mucosa uterina presenta i segni di una intensa congestione, ma non vi si osservano noduli tubercolari. Lo stesso reperto si riscontra nella mucosa delle tube. I bacilli tubercolari nelle sezioni delle ovaie sono assai scarsi: non se ne trovano nelle sezioni delle tube e dei corni uterini.

Esperienza VIII. — Coniglia operata il 2 marzo nel modo identico alla precedente, cioè con inoculazione nelle ovaie, sotto il peritoneo e nel cavo peritoneale. L'animale è sacrificato il 29 marzo.

Autopsia praticata subito dopo. — Le ferite addominali sono esattamente cicatrizzate. Le lesioni macroscopiche sono pressochè simili a quelle riscontrate nella esperienza precedente, cioè presenza di un

essudato caseoso sul peritoneo che fa aderire le anse intestinali e che contiene bacilli della tubercolosi. Noduli miliari numerosi sul peritoneo viscerale e sul grande epiploon. Milza ingrossata con noduli miliari; positiva la ricerca dei bacilli nel succo splenico. Fegato in degenerazione grassa; polmoni con noduli miliari. Le ovaie d'ambo i lati un po' più grosse di quelle della esperienza precedente ricoperte da essudati che rivestono pure le tube ed i corni uterini anch'essi tumefatti. Pezzetti delle ovaie, delle tube e dei corni uterini in alcool assoluto, altri in Flemming.

Esame microscopico delle ovaie, delle tube e dei corni uterini. — Le ovaie molto ingrandite contengono alla periferia scarsi ovuli primordiali assai alterati. L'albuginea non è ugualmente inspessita. La massa dell'organo è costituita da numerosi accumuli di sostanza caseosa, la cui periferia è limitata da noduli tubercolari in differenti stadi di sviluppo. In nessun punto si riesce a scorgere delle cellule giganti. Le sezioni colorate al solito col metodo Ziehl-Gabbet mostrano una immensa quantità di bacilli tubercolari che si trovano specie negli ammassi caseosi ed anche, però meno abbondanti, nei noduli tubercolari. Le tube ed i corni uterini presentano le alterazioni identiche a quelle che furono riferite nella precedente esperienza. La ricerca dei bacilli in questi organi riesce infruttuosa.

***

Terza serie di esperienze, in cui l'emulsione infettante fu iniettata nell'ovaio, nella tuba e nel corno uterino di un solo lato, ed una volta anche nel cavo peritoneale.

Esperienza IX. — Coniglia operata il 28 marzo di inoculazione dell'ovaio, della tuba, del corno uterino destro e nel cavo peritoneale vicino agli annessi di quel lato. L'animale è sacrificato il 22 aprile.

Autopsia praticata subito dopo la morte. — Peso 1920. L'apparenza generale è di una buona nutrizione. La ferita è completamente cicatrizzata sì all'esterno che all'interno. Nessuna aderenza delle anse intestinali. Milza ingrandita, sparsa di un gran numero di noduli finissimi, che sono pure numerosi sul peritoneo parietale e viscerale. I reni sono di colorito giallo spiccato. Lo stesso colore presenta il fegato alla cui superficie si scorgono inoltre dei noduli biancastri. Nei polmoni *sembra* vi sieno noduli finissimi. Ovaio, tuba e corno uterino sinistro normali. Ovaio destro apparisce ingrossato, è contornato da un essudato biancastro, denso, che si estende a lato della colonna vertebrale verso il ba-

cino. La tuba ed il corno uterino dello stesso lato sono retratti e saldati da un essudato. Si trovano bacilli nel succo della milza.

Esame microscopico delle ovaie, delle tube e dei corni uterini. — L'ovaio sinistro si presenta assolutamente normale, così pure la tuba ed il corno uterino omonimo. Le lesioni dell'ovaio destro sono rappresentate da una grandissima iperplasia del connettivo con la scomparsa di una gran parte degli ovuli primordiali e di molti follicoli. Quelli che rimangono ancora sono notevolmente ingrossati, contornati da tessuto connettivo compatto. Non si trova traccia alcuna di noduli tubercolari. Nella tuba e nel corno uterino corrispondenti sono intensamente colpite da un grave processo infiammatorio specialmente nella mucosa in cui si trovano numerosi noduli tubercolari. Nelle sezioni delle ovaie non si trovano bacilli; sono invece abbondanti in quelle della tuba e del corno uterino di destra.

Esperienza X. — Coniglia operata il 28 marzo di inoculazione dell'ovaio destro, della tuba e del corno uterino corrispondenti. Uccisa il 22 maggio.

Autopsia praticata subito dopo la morte. — Peso 1820 grammi. Stato di nutrizione, buono. Ferita esterna cicatrizzata. Una glandula inguinale del lato destro è tumefatta. Non vi sono segni di peritonite diffusa, però le ghiandole mesenteriche sono leggermente ingrossate, ed una di esse è trasformata in un corpo rotondo del volume di una noce ed ha aspetto caseoso. Nel fegato si scorgono noduli che sembrano prodotti da psorospermi. Milza ingrossata con noduli evidentemente tubercolari. Polmoni macroscopicamente sani. L'ovaio sinistro, la tuba ed il corno uterino corrispondenti, non presentano alterazioni di sorta. L'ovaio destro grosso come un fagiuolo, aderisce alla tuba pure ingrossata di cui l'estremo aderente all'ovaio ha la forma di una sacca grossa quanto un cece contenente un liquido puriforme. Sulle rimanenti pareti della tuba e del corno uterino corrispondente, si notano dei tocolai caseosi. I pezzi sono messi al solito in alcool assoluto e parte in liquido del Flemming. Il succo splenico contiene bacilli.

Esame microscopico dell'ovaia, della tuba e del corno uterino di destra. — Nell'ovaio destro le alterazioni principali consistono nell'aumento del tessuto connettivo, come nelle osservazioni precedenti; però, mentre in quelle si trattava di una proliferazione del connettivo compatto scarso di vasi, in questa i vasi sono talmente abbondanti da dare al tessuto un aspetto telangectasico, sono altresì evidenti i segni di una periarterite nelle piccole diramazioni arteriose. Gli ovuli primordiali sono scarsi e tutti più o mene alterati: scarsi pure i follicoli, costantemente dilatati, contenenti cellule della granulosa più o meno alterate. Queste formazioni cistiche dei follicoli sono meno voluminose che nelle altre osser-

vazioni. Nessuna traccia di noduli tubercolari. Nella mucosa della tuba destra vi sono segni di una salpingite muco-purulenta, senza che si riconoscano indizi di alterazioni tubercolari. Nel corno uterino corrispondente non si trovano che fatti infiammatori, meno gravi che nella salpinge. Non si trovano bacilli nell'ovaio; sono scarsi nella tuba e nel corno uterino.

Esperienza XI. — Coniglia operata di inoculazione dell'ovaio destro, della tuba e del corno uterino dello stesso lato il 28 marzo e sacrificata il 9 giugno.

Autopsia eseguita subito dopo la morte. — Peso 2020 grammi e nutrizione buona. Ferita cicatrizzata perfettamente. Un' ansa del tenue è fissata alla parete interna della ferita e nelle vicinanze si trova una piccola sacca contenente liquido perfettamente limpido. Milza leggermente aumentata di volume, contiene dei noduli che si osservano pure nel fegato. Reni normali. Polmoni e cuore sani. Ovaia, tuba e corno uterino del lato sinistro, normali. L'ovaia destra più grossa d'un fagiuolo: tuba e corno uterino corrispondenti, poco ingrossati. Il succo splenico contiene scarsi bacilli.

Esame microscopico dell'ovaio, della tuba e del corno uterino di destra. — L'esame istologico dell'ovaio destro dà gli stessi fatti, ma di un grado più elevato di proliferazione di tessuto connettivo, anche qui molto ricco di vasi, meno però che nell' ovaio precedente; presenta gli stessi fatti riguardanti gli ovuli primordiali ed i follicoli. Anche in quest' ovaio nessuna traccia di noduli tubercolari. La tuba ed il corno uterino corrispondenti, presentano solo leggeri fatti infiammatori della mucosa. I bacilli tubercolari si trovano solo nella tuba e nel corno uterino.

Esperienza XII. — Coniglia operata il 28 marzo di inoculazione dell'ovario destro, della tuba e del corno uterino dello stesso lato: sacrificata il giorno 8 luglio.

Autopsia praticata subito dopo la morte. — Peso gr. 1900. Ferita operatoria esternamente cicatrizzata; internamente aderiscono ad essa il colon ascendente ed un'ansa del tenue. Nessun nodulo nel peritoneo. Milza normale. Fegato, reni ed organi toracici sani. Ovaio, tuba e corno uterino di sinistra assai piccoli. Ovaio destro non molto ingrandito. Tromba destra dilatata contenente liquido puriforme: corno uterino corrispondente poco ingrossato. Negativa la ricerca dei bacilli nel succo della milza.

Esame microscopico dell'ovaio, della tuba e del corno uterino destro. — Le alterazioni dell' ovaio destro principalmente consistono al solito nella proliferazione del tessuto connettivo. Si notano inoltre molto scarsi di numero dei piccolissimi noduli tubercolari, imprigionati in uno spesso

strato di connettivo compatto. Alcuni di questi noduli sono caseificati. Infinitamente più gravi sono le alterazioni della tuba, in cui si notano numerosi noduli tubercolari nella mucosa e nel tessuto sottomucoso: molti di questi noduli sono caseificati. Il corno uterino presenta solo un leggero stato congestizio della mucosa. Nelle sezioni dell'ovaio, della tuba e del corno uterini si trovano bacilli, più abbondanti però nella tuba.

***

Prima di passare in rivista i risultati degli esperimenti che ho testè sommariamente esposto, è bene che si rilevi come, sia per il modo con cui le esperienze furono condotte, sia per le speciali condizioni dei pezzi che servirono per le ricerche istologiche e che molto bene si prestavano a questo scopo perchè tolti freschissimi dall'animale appena sacrificato e subito immersi nei liquidi fissatori, sia infine perchè gli animali furono uccisi successivamente a cominciare dal nono giorno fino a tre mesi e mezzo circa dopo l'inoculazione del virus infettante, io abbia potuto raccogliere un materiale molto adattato per uno studio particolareggiato e minuto del processo tubercolare dell'ovaio.

Venendo ora a riassumere i risultati delle singole esperienze, ciò che anzitutto parmi degno di nota si è che solamente nelle esperienze II, VII, VIII, IX, X e XI, cioè nella metà delle esperienze avvenne diffusione a distanza del processo tubercolare. Nelle altre l'affezione rimase limitata alle parti infettate, e questa limitazione del processo tubercolare si osserva, non solo negli animali sacrificati poco tempo dopo l'inoculazione, ma anche nella coniglia uccisa circa tre mesi e mezzo dopo che fu infettata (esperienza XII).

Da questo fatto parmi possa emergere la conclusione che nelle coniglie, una infezione tubercolare limitata all'ovaio, alla tuba, all'utero ed al peritoneo ad essi vicino, determina sempre un processo tubercolare, che in un certo numero di casi si mantiene per un tempo relativamente lungo limitato alle parti infettate. Questo risultato non credo debba riuscire inutile per la pratica applicazione, specialmente a riguardo dell'opportunità del trattamento chirurgico della tubercolosi degli annessi.

Venendo ora ad esaminare più da vicino i fatti che si sono svolti

nelle esperienze sopra riferite, dirò come le modificazioni che avvengono nell'ovaio per l'intervento dei bacilli della tubercolosi, appariscono multiformi, ma conducono quasi costantemente ad un unico risultato.

Abbiamo anzitutto una neoformazione di noduli tubercolari, i quali, probabilmente, prendono origine dalle cellule germinative che si trovano irregolarmente sparse nello stroma (abortive Eisläuche, Nussbaum). Mai i noduli tubercolari si sviluppano nell'interno dei follicoli, o sono in connessione di origine cogli ovuli primordiali. Con ciò resta dimostrata infondata l'asserzione già antica dello Scanzoni, ripetuta in seguito dal Pillaud e che parrebbe confermata recentemente dalle osservazioni di Heiberg, secondo la quale il processo tubercolare dell'ovaio si inizierebbe e si svolgerebbe nell'interno dei follicoli di Graaf.

Ma v'ha di più. Mentre costantemente nell'interno dei noduli tubercolari e qualche volta fuori di essi, ma sempre nello stroma, potei riscontrare i bacilli della tubercolosi, mai questi furono riconoscibili nell'interno del follicoli e degli ovuli primordiali, per quanto numerose ed accurate fossero le ricerche praticate a questo scopo. Negli stessi preparati in cui la quantità dei bacilli è veramente strabocchevole (esper. VIII), ne rimasero completamente liberi e i follicoli e gli ovuli primordiali.

Però entrambi non rimasero indifferenti alla presenza dei bacilli nell'organo. Della loro azione indiretta si scorgono gli effetti nelle varie alterazioni che essi presentano.

Negli ovuli in qualunque grado del loro sviluppo, con straordinaria frequenza si presentano quelle forme degenerative che sono note coi nomi di *atrofia semplice* e di *cromatolisi* del nucleo di cui si sono occupati recentemente gli istologi (Flemming, Loewenthal, Nagel, Schottlaender), e che compaiono anche normalmente, ma certo in misura molto limitata in confronto di quelle che si osservano nelle mie esperienze.

Tali fatti degenerativi si osservano anche nelle cellule della granulosa, seguite spesso, come nell'ovulo, da un completo disfacimento cellulare con aumento del *liquor folliculi*. Però è notevole il fatto che in confronto di questi fenomeni passivi, si abbiano dei fenomeni di attività cellulare. In alcuni follicoli si trova una spiccata proliferazione delle cellule della granulosa, dimostrato dalla presenza di mitosi incomparabilmente più numerose di quanto Flemming ed altri istologi notarono in condizioni normali.

È noto come l'origine del *liquor folliculi* debba essere ricercata nel disfacimento cui soggiacciono le cellule della granulosa; per altra parte, uno dei fatti più costanti che risultano dalle mie osservazioni sopra riferite, si è la formazione di piccole cisti consistenti in un eccessivo rigonfiamento dei follicoli di Graaf. Sembra giusto di mettere in rapporto questi tre fatti nel senso che i bacilli tubercolari, determinando una moltiplicazione eccessiva delle cellule della granulosa, producano secondariamente un aumento del liquido follicolare pel disfacimento cui esse soggiacciono.

Non essendo mai riuscito a dimostrare la presenza di bacilli, non solo nell'interno dell'ovulo, ma nemmeno nell'interno dei follicoli, si potrebbe dubitare se, per avventura, queste alterazioni non fossero dipendenti da altre cause, anzichè dai bacilli della tubercolosi. Si potrebbe invocare anzitutto il trauma. A ciò è facile rispondere coi dati risultanti dalle mie stesse esperienze. Infatti, nelle ovaie inoculate da pochi giorni erano evidentissimi i segni del trauma, ma sotto forma di una necrosi limitatissima con reazione insignificante delle parti vicine. Invece, le alterazioni degenerative degli ovuli e dei follicoli erano sempre appariscenti in vicinanza dei noduli tubercolari e di quei punti dello stroma in cui trovansi accumulati i bacilli tubercolari, e non nelle vicinanze del tramite della piccola ferita. Inoltre lo Schmitz, il quale studiò sperimentalmente la rigenerazione dell'ovaio, vide che anche nei follicoli vicinissimi al punto dell'ovaio, in cui era stata praticata l'escisione di un cuneo di tessuto ovarico ed in cui era avvenuto il processo di rigenerazione, non avveniva alcun cambiamento.

Il fatto, di cui mi vado occupando si può anche spiegare senza il diretto intervento dei bacilli, ricordando come l'azione loro si esplichi essenzialmente per le sostanze chimiche che compongono il loro corpo, o che sono da essi elaborate e che possono essere trasportate agli ovuli primordiali ed ai follicoli sia dai canalicoli linfatici (säftcänalchen), sia da quella ricca rete capillare che circonda i follicoli (Schottlaender).

Nell'interno dei follicoli si osserva anche un altro fatto interessante, cioè la presenza di paraovuli (nebeneiern).

La produzione degli ovuli, che una volta si riteneva legata ad un processo tipico, conducente costantemente alla formazione dei follicoli di Graaf, fu invece dimostrata non infrequente anche in condizioni

sub-normali e, assai più raramente, pur anche in processi affatto patologici.

Così fra i fenomeni stessi che si svolgono nell'ovaio, da quanti si occupano di questo interessante fenomeno è ammesso che alcune delle cellule germinative si trasformano in ovuli atipici, destinati ad una vita effimera, perchè presto soggiacciono a processi degenerativi. Così anche il Nagel potè dimostrare in parti accessorie all'ovaio, la formazione di veri ovuli primordiali. Ed a me pure capitò la fortunata combinazione di dimostrare per il primo la presenza di ovuli, alcuni dei quali in fase di *non dubbia* cariocinesi in un cistoma papillifero dell'ovaio (1).

Questo mio reperto venne recentemente accettato da uno dei più valenti fra gli odierni cultori dell'anatomia patologia, Giovanni Orth, il quale, nel suo classico trattato di anatomia patologica speciale, invoca anzi il fatto a spiegazione dell'origine dei cistomi ovarici. E, proprio in questi giorni, la mia osservazione riceveva nuova conferma di fatto pel caso descritto dall'Emanuel, assistente dell'Istituto ginecologico del Veit. Emanuel, studiando sotto la guida dello Hansemann nel laboratorio di Virchow, trovò egli pure degli ovuli primordiali in un cistoma papillifero dell'ovaio, ne spiegò come me la natura e l'origine e da indagini bibliografiche riconobbe essere il mio caso, l'unico anteriormente descritto.

Nessuna meraviglia adunque se, da cellule provenienti dall'epitelio germinativo, si sono in queste condizioni abnormi formati degli ovuli.

***

Nel processo ordinario della tubercolosi si ha l'accrescimento dei noduli tubercolari formati da cellule epiteliodi, la formazione in molti casi delle cellule giganti, una infiltrazione frequente di leucociti e, più costantemente, lo svolgersi di fenomeni degenerativi che, iniziandosi nel

(1) Le figure cariocinetiche furono riscontrate, tanto nei pezzi del cistoma papillifero tolti mediante l'atto operativo e subito fissati in liquidi adatti, quanto nella rimanente porzione del tumore tolta nell'autopsia praticata 49 ore dopo la morte. Nè ciò può recar meraviglia, perchè era già noto agli istologi che si occuparono della cariocinosi e perchè venne perentoriamente dimostrato dal Penso nel laboratorio del Bizzozzero, e dal Hammer nel laboratorio del Virchow, che alcune fasi della cariocinesi, abbastanza frequentemente si possono dimostrare dopo un tempo relativamente lungo dalla morte.

centro del nodulo, allorquando questo ha raggiunto un certo volume, si estendono sempre di più mano a mano che il nodulo cresce alla periferia.

Tutto questo non avvenne, quasi costantemente, nella tubercolosi che io sperimentalmente produssi nelle ovaie della coniglia.

Il nodulo, costituito come al solito di cellule epiteliodi tipiche, rimase nel più dei casi limitato ad un volume esiguo, senza che in esso, od alla sua periferia comparissero quegli elementi o quelle forme degenerative di cui testè ho parlato. Per contro ho avuto occasione di osservare costantemente una neoformazione di tessuto connettivo tanto più spiccata, quanto più antico era il processo tubercolare, mentre, contemporaneamente alla neoformazione del connettivo, andavano scomparendo i noduli tubercolari.

Non credo che possa riuscire difficile il dimostrare come questa neoformazione del tessuto connettivo debba essere considerata come una dipendenza del processo tubercolare stesso.

Prescindendo dal fatto che il nodulo tubercolare (a parte l'azione dei bacilli in esso contenuti) può essere considerato come un corpo estraneo, noi sappiamo come attorno ai corpi estranei si sviluppa del tessuto connettivo che tende ad incapsularli.

Difatti ogni qualvolta un processo tubercolare si arresta nel suo sviluppo, avviene alla sua periferia una neoformazione di connettivo che avvolge i noduli e poco a poco gli invade e gli compenetra. Ora, quali sono le condizioni che si richieggono, affinchè un processo tubercolare si arresti ed avvenga un processo di cicatrizzazione?

Evidentemente due ordini di cause possono essere capaci di produrre questo fatto. Possono i bacilli che determinarono il processo tubercolare essere stati non sufficientemente virulenti, ovvero, per cause speciali, la loro virulenza può essere stata attenuata: oppure può darsi che per le particolari condizioni dell'individuo o dell'organo affetto, i bacilli tubercolari non abbiano trovato un terreno adattato al loro sviluppo.

Del primo ordine di cause noi abbiamo nelle ricerche sperimentali gia eseguite in questo senso delle prove abbastanza sicure.

Vissmann, il quale nel laboratorio del Virchow studiò l'azione dei bacilli tubercolari morti, iniettati nel torrente circolatorio di animali facili ad essere attaccati dalla tubercolosi, vide che da principio si for-

mavano cellule epitelioidi e cellule giganti, ma ulteriormente, in luogo di questi elementi, una cicatrice fibrosa.

È vero che questo autore, scrivendo sotto l' impressione delle idee del Virchow, spiega il fatto ammettendo, come quegli vuole, che il tubercolo abbia origine dal tessuto connettivo e che quindi all' ultimo in esso si trasformi tutta quanta la neoformazione tubercolare. Ma molto probabilmente il fatto deve essere interpretato in modo differente. La lieve quantità di veleno contenuta nel corpo dei bacilli tubercolari morti, ha prodotti negli elementi fissi del tessuto una proliferazione con formazione di elementi atipici (cellule epitelioidi e cellule giganti). Questi, per la loro naturale inclinazione soggiacquero ad un processo degenerativo ed il tessuto connettivo circondante la parte in cui il nodulo tubercolare si era sviluppato, ha invaso lo spazio occupato da questi elementi morti, determinando la formazione di una cicatrice. Se i bacilli fossero stati vivi, essi, come risulta dalle osservazioni di Baumgarten, si sarebbero moltiplicati alla periferia e così si sarebbe accresciuto il nodulo tubercolare, pur cadendo al centro in preda ad un processo degenerativo.

Nelle esperienze da me compiute è avvenuto un fatto simile, ma dipendente dall' altro ordine di cose. Il tessuto ovarico è, assai probabilmente, un terreno poco fertile per lo sviluppo dei bacilli della tubercolosi. Questi, ivi portati, hanno determinato una irritazione specifica che si è esplicata colla formazione di piccoli noduli tubercolari; ma la cosa, nel maggior numero delle esperienze, non è andata oltre. I bacilli non si sono moltiplicati, molti di essi o sono rimasti attenuati o sono morti, e quindi il processo istologico si è arrestato ai primi stadi ed il tessuto connettivo ambiente ha preso la prevalenza e non solo ha sostitutto il nodulo tubercolare, ma proliferando abbondantemente ha invaso tutto quanto l'organo.

Si potrebbe obbiettare che i bacilli da me iniettati appartenessero a culture o morte o poco virulente, o che essi si fossero attenuati per maneggi compiuti durante l'atto operativo (cauterizzazione del foro praticato coll'ansa di platino, antisettici ecc.) A questa obbiezione rispondono vittoriosamente quelle esperienze nelle quali il processo si è diffuso e moltiplicato a distanza (esperienze II, VII, VIII, X e XI), mentre nell'ovaio andava scomparendo. Segnatamente le esperienze della 3.ª serie sono ancora più dimostrative. In queste vennero infettati contempora-

neamente l'ovaio, la tuba, il corno uterino ed una volta anche il peritoneo, di un solo lato. Nell' ovario, anche dopo un tempo relativamente lungo, il processo tubercolare o rimase limitato a proporzioni minime, (esperienza XII), o scomparve affatto e venne sostituito da una neoformazione connettiva e da una degenerazione microcistica (esperienze IX, X e XI), mentre nella tuba, in due di queste esperienze veramente tipiche (esperienze X e XII), erasi sviluppata una salpingite tubercolare e nell'utero una infiammazione catarrale della mucosa.

***

Non altrimenti parla l'osservazione clinica ed il reperto anatomo-patologico. Se il processo tubercolare colpisce i genitali femminili, le alterazioni sono più frequenti e più gravi nella salpinge, più rare e meno gravi nell' utero, rarissimi nell' ovaio. Ma se si cerca nelle osservazioni raccolte dagli autori altrove citati, si scorge come con grande frequenza, accanto alla salpingite o alla metro-salpingite tubercolare si abbia la degenerazione microcistica dell'ovaio. Per citare degli esempi, prenderò uno fra i più autorevoli lavori sulla tubercolosi genitale, quello di Hegar. Questo ginecologo fra i casi di salpingite tubercolare operati di ovarosalpingectomia, trovò in cinque casi le ovaie affette da degenerazione microcistica.

Nè Hegar, nè Martin, il quale riferisce queste osservazioni, accennano menomamente a che l'ovaio fosse colpito dal processo tubercolare. Il Bulius aveva bensì osservato che la degenerazione microcistica dell' ovaio accompagna sovente la tubercolosi della tuba, ma unicamente partendo dal concetto che il processo tubercolare possa determinare nell'ovaio degli stati congestizi, e questi, al pari dei disturbi circolatori simili prodotti da altre cause (tumori dell'utero, dell'ovaio ecc.), condu-essero alla degenerazione microcistica.

Dai risultati delle mie esperienze parmi quindi di essere autorizzato a conchiudere che la degenerazione microcistica dell' ovaio può svilupparsi in seguito alla tubercolosi, non come effetto di una congestione, ma nel modo che sopra ho spiegato.

Su questo punto, che io considero di non dubbia importanza, mi piace di richiamare specialmente l' attenzione, poichè esso potrebbe darci la

spiegazione di due fatti, entrambi di non poca importanza pratica, cioè la rarità della tubercolosi ovarica e la frequenza della degenerazione microcistica, la quale, non sempre, ma in un certo numero di casi sarebbe da considerare, in base alle mie esperienze, come un esito della tubercolosi ovarica.

È appoggiata questa mia supposizione anche dal fatto della estrema rarità colla quale, nelle esperienze da me eseguite, il processo tubercolare si manifestò sotto forma di degenerazioni caseose estese. Questo avvenne soltanto nell'esperienza VIII. In questo unico caso giova credere che, o per le condizioni speciali di nutrizione dell'organo, o per le condizioni generali dell'organismo, l'ovaio non abbia presentato quel grado di resistenza che abitualmente suole offrire al bacillo della tubercolosi. Casi simili sono troppo frequenti nella patologia perchè io debba fermarmici più oltre ed addurre argomenti a sostegno della mia tesi. Nè vale la supposizione di un maggior grado di virulenza dei bacilli e del maggior numero di essi, in quanto colla stessa coltura e colla stessa emulsione di bacilli si ottennero nella esperienza VII fenomeni locali ben differenti.

* * *

Un'altra questione non meno importante, alla quale dalle mie esperienze potrebbe venire qualche luce, si è quella che si riferisce alla ereditarietà delle tubercolosi, tanto discussa e contrastata ai nostri giorni.

Baumgarten ha calorosamente difeso l'opinione che questa ereditarietà non dipenda da una speciale disposizione organica, ma che l'agente stesso patogeno venga trasmesso dal padre o dalla madre al feto, ed in esso rimanga latente qualche volta per un lungo periodo di anni per poi manifestarsi e dar luogo ad una infezione locale o generale. Non è qui il luogo, nè è mia intenzione di riferire i vari argomenti addotti pro e contro tale supposizione.

I casi di tubercolosi congenita osservati con sempre maggiore frequenza nell' uomo e negli animali, la facilità colla quale la tubercolosi colpisce l' infanzia, la dimostrazione dei bacilli della tubercolosi nello sperma dei tisici, l' esistenza di una tubercolosi primitiva dei genitali femminili e via dicendo, sarebbero tanti argomenti in appoggio della

teoria del Baumgarten, secondo cui, nell'ovulo stesso, o coll'atto della fecondazione, o prima di esso possa penetrare il bacillo della tubercolosi ed ivi soggiornare per svilupparsi ulteriormente. A questa supposizione, Virchow ha obbiettato che, un ovulo contenente un bacillo della tubercolosi non è più in grado di svilupparsi, o tutt'al più, se si sviluppasse produrrebbe una mostruosità e non un organismo regolarmente conformato. Baumgarten risponde a questa obbiezione adducendo l'esempio della pebrina del baco da seta ed a questo si potrebbe anche aggiungere l'esempio più recente del Podwyssoszky, il quale trovò nell'interno di un ovulo di coniglia, un coccidio.

Però l'ipotesi del Baumgarten manca della prova di fatto. Nelle mie esperienze, pur avendo iniettato nell'ovaio normale di animali giovani, facili ad essere attaccati dalla tubercolosi, quantità sufficiente di bacilli tubercolari virulenti, mai ho potuto riscontrarne la presenza non solo nell'interno degli ovuli a qualsiasi grado del loro sviluppo, ma neppure nell'interno dei follicoli. E l'obbiezione del Virchow apparirebbe tanto maggiormente fondata, in quanto che i bacilli, anche senza essere penetrati nè negli ovuli e nemmeno nei follicoli, manifestarono a distanza la loro azione su di essi, inducendovi quasi sempre fenomeni di indole spiccatamente degenerativa. Con questo non intendo menomamente di escludere la possibilità che in condizioni differenti da quelle che caddero sotto la mia osservazione possa avverarsi il fatto sospettato dal Baumgarten. Però i fatti da me addotti non parlerebbero in favore dell'opinione emessa da questo autore.

***

Lo scopo di questo mio lavoro essendo essenzialmente quello di esporre i fatti da me osservati seguendo una via che, per quanto mi consti, non fu ancora da altri battuta nello studio della tubercolosi dell'ovaio, sarò pago se altri, invogliato dai risultati che io ottenni, vorrà riprendere lo studio di questo argomento, aggiungendo nuovi fatti a quelli che ho osservato e completando così lo studio di questo argomento.

INDICE BIBLIOGRAFICO.

RAYNAND. « De l'affection tuberculeuse de l'utérus. » *Archiv. général de méd.*, vol. XXVI, 1.ª serie, pag. 486, 1831.

KIWISCH. *Klinische Vortäge*, I, pag. 478, Prag, 1845.

SCANZONI. « Bericht über die auf der Klinik für Fraeunkrankheiten zu Prag 1845 gemachten Erfahrungen und Beobactungen. » *Med. Jahrb. d. Osterreich. States*, Bd. 58, 1846.

GEIL. « Ueber die Tuberculose der weiblichen Geschlectsorgane. » Dissert. in Erlangen, 1851.

BRISTAVE. Transactions of the Pathological Society of London, 1855.

GUSSEROW. « De muliebrum genitalium tuberculosi. » Dissert. in Berlin, 1859.

NAMIAS. « Sulla tubercolosi dell'utero e degli organi ad esso attinenti. » Memorie dell'Istituto veneto, vol. VIII, Venezia, 1858.

ROKITANSKY. « Lehrbuch der path. Anatomie. » Bd. III, 1861.

PILLAUD. « Des tubercules de l'ovaire et de la trompe. » Thès. 1860.

KUSSMAUL. « Beiträge zur Anat. und Pathol. d. Harnapparates. » *Würzburger med. Zeitschrift*, Bd. 4, 1863.

KLOB. « Patholog. Anatom. d. weibl. Sexualorgane. » Wien, 1864.

BRUARDEL. « De la tuberculisation des organes génitaux de la femme. » Thès. Paris, 1865.

VERMEIL. « Lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses. » Thès. 1880,

FRERICHS. « Beiträge zur Lehre von der Tuberkulose. » Habilitations Dissert. Marburg, 1882.

STURGES. *Constatt. Jahresber.*, Bd. 2, 1866.

GIRAUD. « Un chapître de la phtisie. Tuberculose des organes géniteaux de la femme. » Thès., 4 août 1868.

TALAMON. « Pelvipéritonite tub. chez l'enfant. » *Arch. de Gynéc.*, 1878, t. I, pag. 416.

GEHLE. « Ueber die primäre Tuberkulose der weiblichen Genitalien. » Heidelberg, 1881.

MOSLER. « Die Tuberculose der weiblichen Genitalien. » Inaug. Dissert., Berlin, 1883.

SPAETH. « Ueber die Tuberculose der weiblichen Genitalien. » Inang. Dissert. Strassburg, 1885.

HEGAR. « Die Entsehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der genital tuberculose des Weibes. » Stuttgart, 1886.

CORNIL. « Leçons sur l'anatomie patologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus. » Paris, 1889.

TERRILLON. « Salpingite tubercolose. » *Nouvelles Archives d'Obstétrique et di Gynécologie*, Répertoire universel N. 29, 1889.

DAURIOS. « Etude clinique et traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez la femme. » Paris, 1889.

HEIBERG (Christiania). « Die primäre Urogenital tuberkulose des Mannes und des Weibes. Festchrift, R. Virchow gewidmet zur Vollendung seines 70 Lebenjahres. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 50, 1892.

SPENCER WELLS. « Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. » Trad. Rodat, Paris, 1883.

BAUMGARTEN. *Virchow's Arch.*, Bd. 97, 1884.

OLSHAUSEN. « Die Krankheiten der Ovarien. » Stuttgart, 1886.

GUZZONI DEGLI ANCARANI. « Tubercolosi primitiva dell'utero e suoi rapporti colla tubercolosi generale. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, Torino, 1890.

ANGELINI. » Sulla tubercolosi degli organi genitali femminili. » *Rivista clinica, Archivio italiano di clinica medica*, 1891.

BULIUS. « De la dégénérescence à petits kystes de l'ovaire. » Troisième congrès tenu à Fribourg par la Société de Gynécologie allemande, *Annales de Gynéc.*, 1889.

A. MARTIN. « Traité clinique des maladies des femmes. » Trad. Varnier et Weiss, Paris, 1889.

ORTH. « Lehrbuch der speciellen pathologischen anatomie. » *Siebente Lieferung*, Bd, II. — *Geschlectsorgane*, 2 Hälfte, Berlin, 1893, p. 587.

SCHOTTLAENDER. « Ueber den Graaf'schen Follikel, seine Entstehung beim Menschen und sein Schicksale bei Mensch und Saugthieren. » *Archiv. f. Mikroskop. Anat.*, Band XLI, Bonn.

BAUMGARTEN. *Lehrbuck der path. Mycologie*, p. 635 e seg.

SCHMITZ. « Experimentelle und hi tologische untersuchungen über die Regeneration der Ovarien. » Inaug. Diss. Bonn, 1889.

PENSO. « Sulla conservazione delle mitosi nei tessuti fissati parecchie ore dopo la morte. » *Archiv. per le Scienze Mediche*, vol. XV, N. 3.

LOEWENTHAL. « Intern. Monatschrift für Anatomie und Physiologie. » Band VI, Heft 3.

NAGEL. « Ueber das Vorkommen von Primordialeiern ausserhalb der Keimdrüsenanlage beim Menschen. » *Anatomischer Anzeiger*, IV Band, 1889, N. 16, p. 490.

PODWYSSOSKY. « Studien ueber Coccidien. » *Centralblat für allg. Pathologie und pathol. Anatomie*, Band III, N. 14.

ACCONCI. « Rendiconto clinico dell' Istituto ostetrico-ginecologico di Padova dal gennaio al 30 novembre 1892. » — « Dei cistomi ovarici in rapporto alle funzioni generative. » *Gazz. medica lombarda*, Milano, 1889. -- « Beitrag zur Histologie und Histogenese der papillen führenden Kystome des Ovariums. » *Cent. f. All. Path. u. Path. Anat.*, Bd. I, 1890, p. 738.

HAMMER BER. « Ueber das Verhalten von Kernteilungsfiguren in der menschlichen Leiche. » Inaug. Diss. Berlin, 1891.

L'elettricità nella cura dell'amenorrea

PEL

Prof. FELICE LA TORRE

PAREGGIATO IN OSTETRICIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

È dai tempi più lontani che i disturbi della mestruazione hanno dovuto attirare l'attenzione dei medici, e quello che l'ha maggiormente attirato ed in modo speciale ha dovuto essere l'amenorrea.

La ragione è ben semplice. Si credeva dai nostri maggiori che il sangue della donna crescendo in quantità e caricandosi sempre più di principii nocivi al normale funzionamento degli organi, avrebbe arrecato serii disturbi ove mai la natura provvida non si fosse sbarazzata periodicamente d'una certa quantità di sangue, se l'organismo, dicevano, non si fosse purgato; e purghe si chiamava difatti il flusso mestruo. È evidente dunque che la soppressione dello scolo mestruo dovette impensierire i medici d' allora, i quali si servirono per cercare di ristabilirlo d'una infinità di sostanze medicinali dette *emmenagoghe* la cui azione è stata spesso o nulla o per lo meno incerta quando non era nociva.

Oggi però che la fisiologia conosce i fenomeni dell'ovulazione ed il meccanismo della mestruazione, gli emmenagoghi dovrebbero essere banditi dalla cura razionale dell' amenorrea e vantaggiosamente sostituiti dall'elettricità.

Ma perchè si possano comprendere le ragioni che consigliano tale abbandono e tale sostituzione, stimo conveniente che c'intendiamo prima sul concetto anatomo-patologico dell'amenorrea, di veder poscia l'azione degli emmenagoghi e quella dell'elettricità.

Gettiamo perciò uno sguardo rapidissimo su ciascuno di questi punti.

* * *

I. *Concetto anatomo-patologico dell' amenorrea.* — Che cosa sia l'amenorrea tutti lo sappiamo: la soppressione, cioè del flusso mestruo, ma non altrettanto possiamo dire dell'etiologia.

Difatti, se non riesce difficile comprendere la cessazione fisiologica del flusso mestruo per ragione dell'età avanzata della donna, oscillante, come si sa, tra i 40 ed i 50 anni; quella puerperale, per causa dell'avvenuta fecondazione e dell' allattamento; quella tardiva della pubertà; se possiamo d'altra parte renderci conto dell'amenorrea per obliterazione congenita del canale utero-vaginale o per atrofia dell' utero; di quella dovuta all'estirpazione dell'utero e delle ovaia, o, secondo Lowson Tait per semplice estirpazione delle trombe; di quella consecutiva a raschiamento e causticazione della cavità uterina, quando la rigenerazione anatomo-fisiologica della mucosa si compie tardivamente, o per eccessiva involuzione uterina *post partum;* se comprendiamo l' amenorrea quale espressione sintomatica d'una malattia costituzionale cronica, come nella cloro-anemia, nella tubercolosi, o acuta quale l'ileo-tifo ecc., se ci è facile inoltre spiegare l'assenza della mestruazione pel fatto d'una metrite cronica interstiziale od in una ovarite cronica sclero-cistica; se possiamo insomma spiegarci l'amenorrea in tutte queste circostanze fisio-patologiche, non si riesce a capire perfettamente nello stato attuale della scienza, quale sia la patogenia dell'amenorrea nelle donne sane, robuste, pletoriche, antecedentemente bene regolate, donne per conseguenza tutt'altro che affette da malattie costituzionali o locali.

In questo caso si tratta di una amenorrea essenziale per così dire, senza lesione costante manifesta, amenorrea transitoria che costituisce a sè sola la malattia, accompagnata da pletora, da disturbi nervosi e qualche volta anche da emorragie supplementarie in diversi organi.

A che cosa è dovuta l'amenorrea transitoria?

Le cause, secondo gli autori che se ne sono occupati, sarebbero diverse, ma non precise nella loro significazione. Si è invocata anzitutto una specie di astenia degli organi genitali, un semplice rallentamento

della funzione ovarica per mancanza di vitalità dell'organo; si è voluto vedere come causa dell'amenorrea anche l'azione di fenomeni simpatici il di cui meccanismo però non è veramente, secondo Labbè (1), meglio conosciuto di quello di tutte le altre azioni riflesse.

Comunque sia, questa specie d'amenorrea che può dirsi essenziale, patologica, transitoria, senza lesione di sorta o apprezzabile, costituisce un grave disturbo funzionale dell'apparecchio ovarico che si riverbera spesso su tutto l'organismo.

Sarebbe questa l'amenorrea tipica di cui vorrei parlare, ma pure, stando all'osservazione clinica ed ai risultati elettro-terapici avuti, possiamo aggiungere ad essa anche quell'amenorrea dipendente da lesioni dell'apparecchio utero-ovarico, come la metrite cronica interstiziale, una eccessiva involuzione uterina *post partum*, la causticazione o raschiamento profondi della mucosa uterina, l'ovarite cronica o sclero-cistica, ecc. formando così un gruppo di cause transitorie che hanno la loro sede nell'apparecchio utero-ovarico.

II. *Azione degli emmenagoghi.* — Io non starò qui a svolgere un capitolo di materia medica, o anche ad enumerare tutte le sostanze che han goduto più o meno felicemente il nome di emmenagoghi, tanto presso i medici quanto presso i ciarlatani e le vecchie comari; basta che io accenni come i più reputati emmenagoghi siano lo zafferano, l'aloe, la sabina, ecc.

Tutte queste sostanze sono state amministrate allo scopo di ripristinare la funzione mestrua.

Il loro uso soddisfa le indicazioni causale e sintomatica?

Per le idee che erano in campo altre volte gli emmenagoghi potevano avere nella cura dell'amenorrea un'indicazione; ma oggi non ne hanno alcuna.

Dal punto di vista terapico, dice Schroeder (2), gli emmenagoghi devono essere, in tesi generale, condannati, giacchè l'effusione sangui-

---

(1) Labbè. M. D. « De l'action du courant continu . . . dans trois cas d'amenorrhée. » *Bol. of. de la Soc. franç. d'électro-thérapie,* juin 1893, N. 2.

(2) Schroeder. « Mal. des org. gen. de la femme. » Edizione francese. Parigi, 1886, p. 355.

gna, che nella mestruazione si verifica alla superficie della mucosa, non è che un fenomeno, benchè non necessario, concomitante dell'ovulazione.

Ed allora delle due cose l' una: o l' ovulazione non ha luogo, ed è assurdo di voler provocare l' emorragia uterina coll' amministrazione di sostanze medicinali, quali sono gli emmenagoghi, che non agiscono se non congestionando gli organi del piccolo bacino; essi non hanno azione sull' utero e sulle ovaia; o l' ovulazione si compie abitualmente senza scolo mestruo ed allora nessun incomodo avviene alla donna, la quale non soffrendo disturbi di sorta, non sente nemmeno il desiderio di consultare il medico.

Schröder, dopo avere stabilito le indicazioni e la cura nei casi d'amenorrea dovuta a debolezza generale, aggiunge: « Alloraquando l'amenorrea è la conseguenza d'una nutrizione insufficiente e d'una irrigazione difettuosa degli organi genitali, sia per disordini congeniti, o acquisiti, dev'esser risparmiata alla paziente l'ingestione di emmenagoghi propriamente detti, quali la sabina, l'aloe, lo zafferano, ecc., ma si cercherà invece per mezzo d'eccitanti locali ad aumentare l'afflusso di sangue verso le parti genitali: saranno indicati perciò i semicupi caldi e sopratutto le iniezioni calde vaginali. In un certo numero di casi l'applicazione della elettricità sotto le sue differenti forme pare aver dato buoni risultati. »

Ora, il *pare* d'una volta dello Schröder dev'essere considerato oggi come un'affermazione certa e non solo in un certo numero ma in moltissimi casi; là dove insomma, l' apparecchio utero-ovarico è regolarmente sviluppato e non esistono ostacoli insormontabili, l'elettricità ripristina più o meno completamente la funzione mestrua.

III. *Azione dell'elettricità.* — Non è da questi ultimi anni solamente, come potrebbe a prima vista sembrare, che data l'applicazione dell'elettricità nell'amenorrea, ma sibbene dal secolo passato. E pare dimostrato anzi che sia stata precisamente l'amenorrea la prima forma morbosa per cui si ricorse all'elettricità nelle malattie ginecologiche. Difatti, nel 1755 De Haen (2) fu il primo che si servì dell'elettricità per curare una sop-

---

(2) B. Massin. « De la Méth. Apostoli, » étude hist. théor. etc. *Icomorof.* S. Pétersbourg, 1890. Edit. franç. 1894.

pressione di flusso mestruo e nel 1764 Alberti, pubblicando un suo lavoro sulla cura dell'amenorrea per mezzo dell' elettricità, ne riferiva i buoni risultati ottenuti e stabiliva come la prima malattia ginecologica trattata colla elettricità fosse appunto l'amenorrea. Da quell' epoca fino al 1868 l'elettricità fu a varie riprese e sempre con costante fortuna impiegata nei disturbi della mestruazione e fu sempre l'elettricità statica.

Nel 1869 Friedenthal applica pel primo la corrente galvanica, ed è James Whittakier nel 1874 che fa menzione per la prima volta della corrente continua con introduzione del polo negativo nell' utero, quale agente terapico nella cura dell'amenorrea.

D'allora in poi i casi d'amenorrea trattati e guariti per mezzo del fluido elettrico sono andati sempre aumentando di numero. Ma la cura elettrica ebbe un'applicazione razionale e diede più splendidi risultati a partire dal 1882, epoca in cui l'Apostoli fondò il suo metodo su principii scientifici, non solo nell'amenorrea e negli altri disturbi della mestruazione, ma ben anco in parecchi stati morbosi principalmente dell'utero come nelle metriti ed endometriti e nelle sub e super involuzione uterina *post partum.*

I casi curati sono parecchi, da costituire oramai una grandissima statistica; e non parlo dei casi antichi, ma dei recenti. Accenno perciò a parecchi dell' Apostoli, che pubblicherà quanto prima in un lavoro speciale, vi sono poi i casi del Nitol (1), del Labbé (2), del Massin (3) e miei di cui riferirò più tardi brevemente le osservazioni.

In Italia credo d'essere stato io il primo che abbia trattato l'amenorrea coll'elettricità; un primo caso l' ho avuto nel 1891, un secondo nel 1892 ed un terzo nel 1893.

Ciò detto vediamo quale effettivamente sia l' azione dell' elettricità nella cura dell'amenorrea.

Nel secolo passato e fino alla metà di questo, l'elettricità impiegata è stata sempre la statica e non mai con polo intrauterino; fu infatti

---

(1) Nitol. « Traitem. de l'amenorrhée au moyen de l'éléctricité. » Daix-Clermont, 1892.

(2) Labbé. « De l'act. du courant continu dans trois cas d'amenorrhée. » *Bul. of. de la Soc. franc. d'électro-térapie,* juin 1893.

(3) Massin. Loco citato.

Friedenthal, ripeto, nel 1869 che usò pel primo la corrente continua e Wittakier nel 1874 che parlò del polo negativo introdotto nella cavità uterina; eppure prima di questi due autori e senza localizzazione precisa dei poli e con elettricità statica, i ginecologi ottenevano buoni risultati nella cura dell'amenorrea.

Quale era altre volte il concetto terapico che si aveva sull' azione dell'elettricità, nessuno lo ha precisamente espresso; oggi si dice che il polo negativo è congestionante mentre il positivo ha azione emostatica. Da ciò si è fondata tutta una teoria spiegando con un meccanismo speciale l'azione terapica della corrente che si sprigiona dal polo negativo posto nella cavità uterina.

Massin s' esprime così: Quanto alla spiegazione degli effetti dell'elettricità nelle anomalie delle regole è probabile che i buoni effetti della faradizzazione e del galvanismo risiedono nei fenomeni vaso-motori (nell'utero), nei riflessi i quali, in pari tempo che contrazioni muscolari provocati dalla corrente, aumentano l'energia e la nutrizione del tessuto uterino.

« Il polo negativo è considerato come iperemizzante, ed è per stabilire un afflusso di sangue nell' utero e per mantenerlo con ulteriori applicazioni, che ci serviamo del polo negativo intra uterino nella cura dell' amenorrea. »

Al Tripier (1), la cui autorità in materia è fuori discussione, questa spiegazione ed altre di simil genere, non piacciono, come non piace nemmeno il nome d'elettrolisi che suol darsi all'uso abituale delle applicazioni elettriche che si fanno in questi tempi nella cura dell' amenorrea. Tripier dice: 1.° Con un elettrode nudo e con una corrente di 40 a 50 milliamperi durante 5 minuti, si ha piuttosto una causticazione chimica anzichè una elettrolisi. 2.° Tutti i processi d'elettrizzazione sono stati vantati contro l'amenorrea: la franklinizzazione lo è stata nel secolo scorso (stato variabile o permanente, scintilla o bagno); la faradizzazione, uterina o semplicemente lombo-sopra-pubica ha dato buoni risultati a Duchenne e ad altri. Il Tripier non comprende dunque perchè deve essere utile il solo polo negativo e non anche il positivo messo nell'utero. Attri-

---

(1) Labbè. Loco citato.

buisce l'allegata influenza benefica del polo negativo al fatto che è stato attribuito ad esso un potere congestionante mentre sarebbe emostatico il polo positivo. Ciò non è rigorosamente vero essendo più l'effetto d'un pregiudizio popolare basato sopra un' interpretazione forzata d' una osservazione di Remac, dice Tripier, che il polo positivo è antiflogestico. Molti autori han concluso da ciò (ciò che Remac non aveva detto) che il polo negativo è congestionante. Si ha perfino dato il polo positivo come emostatico ed il negativo come emorragico; vi è errore di fatto, giacchè tutti e due i poli, a dose sufficiente beninteso, sono emostatici. Quale è dunque l'azione dell'elettricità? Quale polo dev'essere introdotto nella cavità uterina?

Non è ben determinato.

È per questo che non ho, a differenza d'altri, fatto accenno nel titolo di questa memoria nè al nome *d'elettrolisi,* nè alla qualifica *d'elettricità negativa,* limitandomi solo a dire: « L'elettricità nella cura dell'amenorrea » non ostante che io mi sia servito del polo negativo intrauterino.

Comunque sia, se non è chiaro il meccanismo dell' azione della corrente elettrica e pare che possa essere indifferente l'uso dell' uno e dell' altro polo nella cavità uterina, certo è che questo potente fluido risveglia il potere organico assopito delle ovaia, nutrisce e rianima il tessuto uterino facendo affluire sulla sua mucosa maggior quantità di sangue, donde il ristabilimento della funzione mestrua.

Il fatto clinico, empirico, dunque, vi è; se la spiegazione scientifica manca ancora non è ragione per non servirci dell'effetto terapico.

***

I casi da me curati sono stati tre, di cui ecco brevemente le storie cliniche:

Osservazione I.

Nel 1891 sono stato consultato dalla signora L. L., multipara, su gravi suoi disturbi dell'apparecchio genitale.

La malata è sorella ad un collega medico, ed abita sui bordi dell'asciugato lago di Fucino. Essa è di circa 30 anni e non presenta nulla

a notare dal lato ereditario. Ha avuto due figli a termine ed un aborto; all'occasione del primo parto vi fu lacerazione completa di secondo grado del perineo, puerperî normali; la mestruazione si ripristinò normalmente.

In generale ha goduto sempre buona salute.

Da 4 a 5 anni però aveva notato dei serii mutamenti nel suo essere; sono stati dapprima perdite bianche e mestruazione abbondante, poscia, facendo la sua vita abituale e nutrendosi come pel passato, si è vista ingrassare a colpo d'occhio: in 4 anni è aumentata del doppio e con questo aumento di grasso ha notato lo sviluppo d'una serie di disturbi nell'apparecchio utero-ovarico. Cominciò a risentire dolori alle regioni ovariche che s'irradiavano ai reni ed agli arti inferiori impedendole di rizzarsi, di camminare, di stare coricata sul dorso, voltarsi e rivoltarsi nel letto, ecc., ecc. La mestruazione in pari tempo è cominciata a diminuire ed infine scompariva per lunghi intervalli, e mano mano che la mestruazione diminuiva e scompariva le sofferenze aumentavano d'intensità. Fece per questo molte cure mediche, ma senza beneficio alcuno.

Quando vidi la malata trovai:

Stato generale. — Soggetto di forte costituzione con salute apparentemente eccellente e faccia vivamente accesa; estremamente grasso; malgrado ciò, malessere generale e sofferenze varie indefinibili; dolori al dorso ed alle gambe che impedivano la marcia, massime di fare le scale.

Stato locale. — Metrite cronica, cavità uterina 14 centimetri, lacerazione profonda del collo a sinistra con cicatrice dolorosissima e flogosi degli annessi dello stesso lato, per cui riusciva impossibile l'esplorazione bimanuale. La mestruazione mancava da circa due anni.

Faccio diagnosi di metrite cronica con probabile salpingo-ovarite cronica a sinistra.

Il problema a risolvere era: si deve agire sull'utero prima o sugli annessi?

Fui propenso agire dapprima sull'utero, amputandone il collo anzichè aprire il ventre per estirpare l'ovaio malato, ciò che si farebbe in secondo tempo qualora l'amputazione del collo uterino non avesse esercitato benefica influenza sugli annessi.

Si consulta un collega che divide le mie idee.

Nel maggio 1891 pratico dunque l'amputazione del collo alla Schröder, in modo da comprendere naturalmente nel taglio la cicatrice dolorosa; la guarigione dell'atto operativo si ottenne regolarmente e delle sofferenze molte sparirono, ma la mestruazione non ricomparve durante tutta l'estate se non sotto forma di qualche accenno.

Nell'ottobre dello stesso anno cominciai le applicazioni elettriche e,

partendo dalla credenza comune che il polo negativo ha un' azione diretta sull'apparecchio utero-ovarico in quanto che eccita l' innervazione ovarica e determina una congestione sulla mucosa uterina, applicai anch'io la corrente continua con polo negativo nella cavità uterina.

Dopo la seconda o terza seduta si ebbe un leggero scolo sanguigno dagli organi genitali e dopo 15 si determinò un assai abbondante scolo che si mantenne in seguito manifestandosi irregolarmente ogni mese o ogni mese e mezzo. Gli effetti della ripristinata mestruazione sono stati eccellenti, giacchè la signora si rimise per benino potendo agire assai liberamente e non soffrendo più come pel passato.

In seguito rividi la malata parecchie volte; il miglioramento si manteneva; i disturbi però si manifestavano tutte le volte che lo scolo mestruo ritardava.

L'ultima volta che vidi la paziente è stato un mese fa; non avendola vista da circa un anno, l' ho trovata molto dimagrata ed alquanto anemica, accusando un dolore alla regione della milza che è ingrossata per infezione palustre. Il flusso mestruo si mantiene quasi normale ed il benessere è completo, essendo l' apparecchio utero-ovarico nelle migliori condizioni, tanto che da questo punto di vista giudico la signora perfettamente guarita.

Questo caso suggerisce una considerazione; se io non fossi stato un ginecologo conservatore avrei forse agito direttamente sugli annessi o per lo meno dopo l'amputazione del collo, visto che le sofferenze generali continuavano immutate, chiunque non avesse avuto fiducia nell' elettricità avrebbe dovuto ricorrere all'estirpazione degli annessi castrando in tal guisa questa donna senza ottenere nemmeno forse la guarigione come si ebbe colla corrente elettrica.

Osservazione II.

Questo secondo caso lo ebbi nel 1892.

Si tratta d' una giovane sposa, sarta, da Rimini ed abitante Roma da 6 o 7 anni, in Via Alessandriana n. 3.

Ebbe una gravidanza che si terminò all' epoca fisiologica in casa sua; ebbe febbre durante i primi 20 giorni di puerperio, per cui non potè allattare.

Rimessasi in fine e ripresa la vita abituale, notò come la mestruazione non ricompariva dopo parecchi mesi e cominciò a provare in pari tempo malessere generale: vertigini, nausea e vomiti; si ritenne incinta.

Ma passati 6 e 7 mesi, aumentando sempre il malessere, avendo molte sofferenze alle regioni ovariche e non avvertendo nulla di tutto ciò che avvertiva nella prima gravidanza, viene a consultarmi.

Escludo la gravidanza, essendo l'utero di grandezza meno del normale, duro, con collo lacerato ed alquanto atrofico, nulla sugli annessi.

Faccio diagnosi di superinvoluzione *post partum* che tratto coll'applicazione della corrente continua, polo negativo intra-uterino.

Fin dalla prima seduta la malata risentì un miglioramento nei dolori delle regioni ovariche con irradiazione alla schiena ed agli arti inferiori. Alla 4.ª seduta si ebbe uscita di poco sangue dagli organi genitali, alla 5.ª la perdita fu abbondante tanto che stimai bene sospendere la cura.

Mano mano che la perdita sanguigna si faceva maggiore le sofferenze diminuivano.

In seguito la funzione mestrua si ripristinò quasi completamente e la malata si ritenne guarita.

Osservazione III.

Nel maggio 1893 si presenta al mio Istituto una giovane sposa IIpara dai 25 ai 26 anni, alta, forte, grassa enormemente, rossa in faccia e con un ventre voluminosissimo, abitante in via Panisperna.

Mi dice presentandosi: « Nel febbraio 1892 le mie regole non comparvero e da quel giorno cominciò ad aumentarmi il ventre provando malesseri indefinibili con nausee ed insonnia.

« Nell'aprile dello stesso anno continuando a non vedere le regole, consultai un ostetrico il quale mi disse che ero incinta di 3 mesi. Ne fui contentissima, giacchè dei due figli avuti nessuno me ne vive.

« Le regole non mi comparvero più ed il ventre continuò a crescere. Preparai tutto l'occorrente pel neonato, ma arrivata al nono mese non mi sgravai; al 10.° nemmanco .... ed aspetto ancora!

« Ecco intanto il mio ventre che deve contenere per lo meno mezza dozzina di bambini. »

Era difatti enorme e fatti i calcoli, questa donna avrebbe dovuto essere nel corso del suo 15.° mese di gravidanza!

Naturalmente non era incinta; non si trattava che di adiposi di tutto il corpo ma in special modo delle pareti addominali che, prese tra le due mani, si sollevavano come un cuscino.

Nessun segno gravidico nè sulle mammelle nè altrove; l'utero era al suo posto alquanto più grosso, però l'isterometria dava 10 cent. Quando l'ammalata seppe che non era incinta provò una vera delusione.

Eravamo in presenza, come si vede, d'una amenorrea per diatesi adi-

posa. Trattai questo caso alla *Società Lancisiana degli Ospedali di Roma,* con presentazione della malata.

Trattai il caso coll'elettricità negativa intrauterina che produsse fin dalla seconda seduta un leggiero scolo sanguigno; dopo 12 sedute con assai abbondante perdita che viene ogni mese e mezzo circa, perdita che può veramente dirsi vera mestruazione che si è mantenuta fino a questi ultimi giorni in cui ho rivisto la malata, si crede guarita e sospende la cura.

CONCLUSIONE.

Se egli è vero che noi non conosciamo ancora il meccanismo pel quale l' elettricità esercita la sua azione nell' amenorrea, pure l' effetto terapico esiste.

Benchè pare che possa essere indifferente l'uso dell'uno o dell'altro polo nella cavità uterina, pure il polo negativo ha dato splendidi risultati e può essere vantaggiosamente continuato ad essere introdotto nella cavità uterina.

Infine nell'amenorrea idiopatica, essenziale, transitoria, i così detti emmenagoghi non hanno alcuna indicazione, il solo rimedio è la corrente elettrica continua, metodo Apostoli.

Le dimensioni della testa fetale dal punto di vista biologico ed antropologico

PEL

Prof. FELICE LA TORRE

PAREGGIATO IN OSTETRICIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Si studia ancor oggi lo sviluppo del feto da un punto di vista unilaterale, cioè dal lato materno, e si vuol trovare esclusivamente in circostanze organiche ed accidentali di esso le condizioni che favoriscono od arrestano tale sviluppo, dimenticandone perciò o trascurandone pensatamente una di importanza capitale quale è *l'influenza del padre.*

Ciò è perfettamente irrazionale, essendo un fatto della più elementare fisiologia noto a tutti — scienziati e non scienziati — che il prodotto del concepimento deriva dalla penetrazione e dalla fusione degli elementi morfologici dei due generatori e dall'influenza reciproca rimasta sempre misteriosa, che essi esercitano l'uno sull'altro.

L'influenza del padre sullo sviluppo fetale deve necessariamente ammettersi e può, qualora lo si vuole, essere perfettamente riconosciuta in clinica. Essa si esercita tanto allo stato sano quanto allo stato morboso; ne fanno ampia fede le trasmissioni ereditarie ammesse in ogni ramo della patologia: e sotto questo rapporto più che il famoso dettato del Dritto romano *Is pater est quem nuptiae demontrant*, vecchio da venti e più secoli e appoggiato sui costumi del tempo, ha maggior fondamento di vero l'assioma clinico dell'azione biologica: *Pater is est quem morbi filiorum demontrant.*

A voler trascurare quindi l'influenza paterna nello sviluppo fetale si commette, a mente mia, il più grossolano errore di fisiologia.

Ho pensato bene quindi di completare lo studio dello sviluppo fe-

tale — le dimensioni della testa — di cui vi presento qui una semplice nota, prendendo in considerazione l'influenza del padre dal punto di vista biologico ed antropologico. Studiamone brevemente l'azione.

Elemento biologico. — In seguito a minute ricerche e ad osservazioni avvalorate da numerosi dati statistici, ho dimostrato che di tutte le condizioni materne ritenute fin oggi come favorevoli allo sviluppo del feto, nessuna resiste all'influenza paterna: se al momento della fecondazione il padre è sano e forte, il figlio, qualunque siano le condizioni della madre, sarà bene sviluppato, cioè peserà molto; se il padre è malato il figlio sarà piccolo, si ha arresto di sviluppo, il peso, cioè, sarà piccolo.

Nell'immensa maggioranza dei casi l'influenza del padre si esercita sullo sviluppo somatico, ponderale, mentre quello della madre si esercita maggiormente sulle facoltà morali ed intellettuali.

In media ed a cifra rotonda con padre sano e qualunque sia lo stato della madre, il peso dei neonati è di 3500 grammi e con padre malato di 2600; una differenza dunque di 900 grammi.

D'altra parte noi sappiamo che, come abbiamo dimostrato, Budin, Ribemont, Marchionneschi, Frascani ed io, il volume della testa fetale è proporzionato al peso del corpo; quindi più è pesante un feto e più voluminosa dev'esser la testa. Difatti con un feto di 3500 grammi, il diametro bi-parietale è in media di cent. 9 1[2 e di 8 il bi-temporale; mentre con un feto di 2600 gr. il bi-parietale misura cent. 8 1[2 in media e 7 il bi-temporale.

Con tale differenza nei diametri cranici le applicazioni pratiche possono nei singoli casi far variare molto il pronostico del parto in una larga proporzione delle angustie pelviche.

La media delle dimensioni della testa fetale è presa sulla testa di feti il cui peso oscilla tra i 3000 ed i 3500 gr. che danno come peso medio 3250 gr. e come dimensioni, diametro bi-parietale 9 1[2, bi-temporale 8.

Ora questa media non è razionale nè esatta, giacchè, così facendo si trascura di prendere in calcolo una serie di teste di feti nati a termine e provenienti da padri infermi, di peso inferiore ai 3000 grammi.

Dunque, dal punto di vista biologico occorrerebbero due medie: una presa sulla testa di feti che pesano dai 2500 gr. ai 3000, ed una altra presa sulla testa dei feti che pesano dai 3000 ai 3500 grammi.

Elemento antropologico. — In seguito ai progressi dell'antropologia — la scienza esatta — de Quatrefages, per molte forme craniche di epoche quaternarie, Sergi, per moltissime del Mediterraneo ed altri, ed altri per altre, hanno dimostrato fra le altre cose interessanti, la persistenza della forma cranica per molte generazioni, indefinite anzi, che si trasmette per eredità, malgrado l'ibridismo; così che oggi si ammette che forme craniche antichissime persistono nelle popolazioni moderne di cui alcune possono certamente riferirsi a 6000 anni indietro, quali sono i cranii neolitici della Sicilia e molte teste delle prime dinastie egiziane.

Da tali risultati generali antropologici deriva come di tutto il corpo umano la parte che si trasmette immutata sia il cranio, ed è facile comprendere come i cranii non sono tutti dello stesso volume. Sergi difatti ha dimostrato che vi sono varietà umane a testa piccola; come per la statura: tipi umani grandi e tipi piccoli, pigmei: gli uni e gli altri normalmente costituiti e fisiologicamente analoghi senza che si scorgano caratteri d'inferiorità nell'intelligenza.

Il qual fatto non è nuovo nè accidentale nei mammiferi: in zoologia abbiamo un esempio evidente nelle razze canine derivate tutte dalla stessa specie che dà il cane enorme del S. Bernardo ed il levriere od il bassotto, di grandezze diverse, e corrispondente al volume del corpo è in tali razze anche il cervello.

Nè è a dire che la grossezza o il volume grande del cervello nel senso assoluto abbia un valore maggiore del piccolo nell'uomo, perchè uomini eminenti, come Dante, Gauss ed altri avevano capacità cerebrale piccola, mentre Byron e Cuvier ne avevano una grande. E simili capacità grandi e piccole hanno egualmente uomini d'intelligenza comune.

È facile comprendere, dopo tutto questo, come una media generale di tutti i cranii umani senza distinzione di tipi caratteristici non sia razionale, nè razionale ed esatta può essere perciò la media generale dei diametri cranici come è finora stabilita.

Per essere logici occorrono due medie: una per le dimensioni craniche di feti il cui peso oscilla fra i 3000 ai 3500 grammi e l'altra per quelle dei feti il cui peso oscilla fra i 2500 ai 3000 grammi.

Queste medie basate su principii scientifici corrisponderebbero senza dubbio meglio che una sola media alla realtà della pratica.

L'importanza di queste ricerche sta nel fatto di determinare le dimensioni della testa fetale quando trovasi ancora nell'utero.

Occorre perciò nello studio dell'apprezzamento dello sviluppo fetale tener esatto conto tanto dello stato di salute quanto dello sviluppo scheletrico e volume della testa del padre.

Prof. ETTORE TRUZZI

Una proposta nella terapia chirurgica del prolasso vaginale

Premettendo anzi tutto la dichiarazione che nei casi di prolasso per deficienza dell'apparato così detto di sostegno io condivido l'opinione di coloro che ammettono come specialmente utile una generosa escisione nella esecuzione della colporafia e della colpo-perineorafia, credo però in pari tempo degno di qualche considerazione uno spediente che valga a dare maggiore resistenza ai tessuti affrontati, massime in quei casi in cui il pavimento pelvico per atrofia dei propri muscoli ha perduto ogni tonicità e crea una fatale disposizione alle recidive post-operatorie.

Che l'elemento *resistenza dei tessuti*, restaurati dalla plastica, rappresenti un obbiettivo, a cui l'operatore deve pur mirare, come ad utile risorsa contro le recidive, abbiamo prova nel fatto che il Martin nel suo processo di elitrorrafia bilaterale posteriore, il Fehling nella sua colporrafia anteriore duplice vollero rispettata dal bistorì l'uno la colonna vaginale anteriore, l'altro quella posteriore, acciò l'integrità anatomica di questi tratti più resistenti permettesse il continuarsi della loro funzione di sostegno.

Io sono ben lungi dal voler esumare le antiche e poco razionali proposte di Phillips, di Velpeau, di Jobert de Lamballe, di Desgranges, di Colles e di altri, intese ad afforzare la parete vaginale nei prolassi mediante tessuto cicatriziale provocato a mezzo di estese causticazioni.

Mi piace invece ricordare di sfuggita i tentativi di Salzer (1), di

(1) SALZER. « Ueber Einheilung v. Fremdkorper. » Wien, 1890.

Schwartz (1), di Thiriar (2), miranti ad ottenere una più sicura obliterazione di canali erniosi ed una garanzia contro le recidive mediante trapiantamento nei tessuti di gomitoli di catgut, di piastre di osso decalcificato o di altro materiale riassorbibile, eccitante la formazione di un tenace tessuto fibroso-connettivale.

Debbo ancora accennare alle analoghe proposte per attivare la riparazione delle perdite di sostanza ossea mediante trapiantamento nella cavità di tamponi formati da corpi asettici, come pure alle ricerche microscopiche sull'istesso argomento praticate da Duplay e da Cazin (3), le quali dimostrarono come avvenga in simili casi una attiva immigrazione di cellule bianche verso il corpo eterogeneo trapiantato; al quale fatto sussegue la formazione di un abbondante e giovane tessuto cicatriziale.

Alla stregua di tali concetti e di tali risultanze, mi parve vantaggioso il praticare nelle colporrafie per prolasso il trapiantamento di osso decalcificato tra le superfici cruentate da affrontarsi, nell' intento sia di combattere l'ipotrofia locale dei tessuti, stimolandone la nutrizione mercè la presenza di un corpo eterogeneo destinato al riassorbimento, sia di provocare la formazione di uno zoccolo di tessuto fibroso, resistente, il quale, senza arrecare alcun danno alle funzioni del canal vaginale, valesse, a norma del processo di colporrafia prescelto, a sostituire oppure a rinforzare l'opera di sostegno delle *columnae rugarum* ed a rendere minore il pericolo delle recidive.

Io non ebbi occasione fin qui di mettere a prova tale procedimento che in soli quattro casi; e siccome il più remoto dei medesimi data appena dal 12 giugno dello scorso anno, così non mi è possibile oggi dare informazioni definitive circa l'esito remoto di tale modalità di intervento.

Dirò solamente che ebbi sempre una riunione esatta *per primam* e che la linea di sintesi ed i tessuti immediatamente circostanti mi parvero in realtà, anche parecchi mesi dopo l'operazione, alquanto più re-

---

(1) Schwartz. Società di chirurgia di Parigi, seduta 11 maggio 1892.

(2) Thiriar. VII° Congresso francese di chirurgia, aprile 1893.

(3) Duplay et Cazin. *Archives générales de médecine*, nov. 1892.

sistenti e stipati, di quanto avrei potuto sperare cogli ordinari metodi di affrontamento senza interposizione di un corpo eterogeneo riassorbibile. Io mi riservo in futuri casi di utilizzare anche l'esame istologico per un giudizio di confronto.

Io ho adoperato indifferentemente diafisi di femore, di omero di coniglio, di pollo, oppure diafisi di tibia di feto a termine, morto accidentalmente nel parto. Le ossa vengono lasciate fino a decalcificazione completa in una soluzione di acido idroclorico al 10 0[0. Allora naturalmente la diafisi può essere facilmente spaccata longitudinalmente con una forbice, ripulita del tessuto midollare, regolarizzata ai suoi estremi e dispiegata a foggia di lamina, la quale, dopo diligente lavatura in acqua sterilizzata e disidratazione in alcool assoluto, può essere indefinitamente conservata, come si usa per il catgut, nell'olio essenziale di ginepro; così è possibile avere in pronto del materiale per ogni occasione, in cui si voglia utilizzarlo, senza l'incomodo di doverne ripetere soventi la preparazione.

Fatta la cruentazione, si fissa con un paio di punti la lamina ossea nel mezzo e nella parte più profonda della superficie cruentata e si procede colle ordinarie norme alla sutura.

XI.° Congresso Medico Internazionale in Roma

29 Marzo-5 Aprile 1894 (1).

Mauri M. (Spezia). — L'ovariotomia nella pratica privata.

Si rileva la sentenza del Lawson-Tait pubblicata nel *Lancet,* 12 settembre 1891, la quale stabilisce « che la laparotomia debba riservarsi, tranne i casi urgenti, soltanto agli spedali o stabilimenti appositi dove si abbiano a disposizione infermieri abituati a curare tali operati, » e si combatte come soverchiamente restrittiva e aristocratica, e contraria alla storia della ovariotomia e alle leggi dell'evoluzione del pensiero.

Si conclude che la laparotomia nella pratica privata non solo è giustificata, ma può farsi coll'animo più tranquillo che negli spedali in grazia dell'ambiente meno impuro.

A sostegno della sua tesi l'A. premesso il metodo antisettico seguito, riferisce ed illustra la storia di dieci ovariotomie ed una isterectomia vaginale praticate per indicazioni diverse con esito felice non solo in casa privata, ma ad eccezione di due, in casa di povera gente, lasciando poi le operate all'assistenza della famiglia.

Il successo di queste 11 operazioni ha tanto maggior valore, in quanto l'A. esordisce con queste operazioni nella pratica dell'ovariotomia e lo fa assistito da colleghi non pratici di queste operazioni, senza avere egli stesso mai preso parte attiva ad operazioni di questo genere, non avendo mai avuto alcuna carica ufficiale di assistente di clinica e di spedale.

Id. — Dilatatore e dilatazione dell'utero. Proposta di un dilatatore ostetrico-ginecologico a siringa.

Dopo un breve riassunto critico dei vari metodi di dilatazione dell'utero nel campo ginecologico e nel campo ostetrico, con un cenno sui dilatatori noti fin'ora si descrive il nuovo dilatatore, e si conclude.

---

(1) Il resoconto delle memorie presentate al Congresso è dovuto per alcuue di esse al dott. Decio o agli autori stessi, per la massima parte al dott. A. Cioja, che, come segretario, prese parte ai lavori del Congresso.

Il nuovo dilatatore si raccomanda a preferenza degli altri:

I. Per la molteplicità dei suoi usi potendo servire come dilatatore ginecologico, come dilatatore ostetrico, e come siringa endouterina a doppia corrente.

II. Per i pregi che lo contraddistinguono in ciascun uso, cioè: *a)* Abbrevia l' operazione e guarentisce la antisepsi facendosi contemporaneamente dilatazione e disinfezione continua del campo d' operazione. — *b)* Con esso in brevissimo tempo si può ottenere una dilatazione fino a 10 cm. di diametro, qualunque sieno le condizioni anatomiche del collo con lesione minima dell' utero, grazie al facile scambio delle sue quattro serie di branche, coll' ultima serie, delle quali, quando la dilatazione ha raggiunto il suo massimo (10 cm. di diametro), la pressione viene esercitata ancora sopra circa 12 cm. della circonferenza dell' orifizio uterino. — *c)* Come siringa endouterina guarentisce in modo assoluto il reflesso della corrente antisettica, dilatando dal fondo dell'utero fino al di fuori della vulva.

III. Per la sua semplicità che lo rende suscettibile della massima pulizia e disinfezione, essendo tutto *montato a giorno* e scomponibile in tutte le sue parti colla semplice rimozione di tre chiavette.

IV. Per la sua eleganza e relativa leggerezza.

Muzio Pazzi. — **Studio meccanico, sperimentale e clinico sul mio forcipe traente nell'asse.**

L'A. tocca di volo alcune generalità del forcipe, tratta della teoria meccanica di quello di sua invenzione, dimostrando graficamente, come esso raggiunga, meglio di qualsiasi altro forcipe, lo scopo per cui fu costrutto.

L'A. segue poscia ad enumerare gli esperimenti eseguiti col forcipe, sia sulle macchine, sia sui cadaveri, in varii istituti clinici ed anatomici del Regno, e termina facendo la statistica di tutti i casi clinici occorsigli, in cui potè applicare il suo istrumento, riportandone gli effetti prossimi e remoti, sia riguardo alla madre, sia riguardo al feto.

Conclusioni. — *a)* Il concetto di costruzione del nuovo forcipe essendo stato quello di rendere mobili le cucchiaia sulle branche, non per raggiungere una maggiore curva pelvica ma per disporre le cucchiaia medesime in parallelismo con le pareti del bacino, è perfettamente originale.

b) Il meccanismo di costruzione e di azione delle cerniere è dissimile da quegli snodi esistenti lungo le branche di alcuni forcipi.

c) Il nuovo forcipe è semplice, poco pesante, poco costoso e quindi di uso facile e pratico per tutti.

d) Il nuovo forcipe potrà subire qualche modificazione nella forma, ma non potrà giammai perdere quelle cerniere che gli permettono la trazione nell'asse pelvico, precipuo scopo della sua invenzione.

Id. — Saggio critico sull'uso ragionato della leva ostetrica.

L'A. raccoglie una statistica dei casi di applicazione di *leva*, a lui noti; ne fa una critica ragionata dal lato clinico e pratico e finisce con le seguenti conclusioni:

a) Per dimostrare l'utilità della leva ostetrica necessita di raccogliere tutta la statistica relativa all'uso clinico-pratico della medesima.

b) Tanto la *leva* che il *forcipe* hanno indicazioni pratiche esclusive.

c) La leva deve occupare il posto che merita nell'armamentario ostetrico ed a torto ne è stato abbandonato l'uso e l'insegnamento nelle cliniche.

Id. — Ancora sulla placenta previa.

L'A., ritornando sull'argomento della placenta previa, riassume i lavori più importanti, che recentemente ne hanno trattato, illustra alcuni casi clinici e fa le seguenti conclusioni:

a) La frequenza generale della placenta previa è di 1 caso sopra 748 parti;

b) uno dei punti ancora controversi e che merita diligente studio è la frequenza della placenta previa centrale, ma approssimativamente può considerarsi del 50 0[0;

c) rarissima è la placenta previa completamente centrale;

d) il caso di polimorfismo placentare mostrato dall'A. è più unico che raro;

e) riguardo al meccanismo di produzione delle emorragie da placenta previa l'A. crede sia molto da sperare dalla indagine anatomo-patologica;

f) tutti i metodi di cura per l'ectopia placentare si possono classificare sotto il tipo unico di « rottura mediata od immediata dell'ovo »;

g) il metodo dell'A. per la cura della placenta totalmente previa è lo scollamento parziale ed il perforamento della medesima, combinati alla versione pelvica immediata, per manovre interne, appena la cervice uterina permetta liberamente l'introduzione di due dita.

Id. — Descrizione di due preparati in gesso, originali, di argomento ostetrico.

L'A. descrive due preparati in gesso, ritraenti un tronco di donna, aperto, con adattamento di un feto a termine attraverso il bacino, e contemporanea applicazione del suo forcipe. Lo scopo dell'A. è quello di dimostrare in modo originale i rapporti del proprio istrumento, lungo la filiera pelvica, nei momenti della sua azione traente sul feto.

G. Paoletti (Perugia). — Le ragadi del capezzolo.

Un numero infinito di rimedi e di pomate trovasi proposto per la cura delle ragadi: nessuno però risponde al bisogno e sovente è necessario sospendere l' allattamento se pure non insorge anche un ascesso della mammella. I germi piogeni che sono sempre sulle ragadi trovano pei linfatici numerosi, per le vene e pei dutti gallattofori facile via di ingresso e questa è la causa ordinaria della suppurazione superficiale o profonda o parenchimale del seno.

Disinfettanti energici male possono essere impiegati per la funzione speciale dell'organo, disinfettanti non venefici non rispondono al bisogno.

Le ragadi del capezzolo si formano per ragione meccanica. L' uso del busto che comprime i capezzoli è causa predisponente; l' accrescimento fisiologico del capezzolo nel principio dell'allattamento sensachè la cute possa seguirne il rapido sviluppo è la causa determinante.

Le ragadi e le escoriazioni del capezzolo vanno subito curate energicamente al pari di qualunque lesione chirurgica con medicatura antisettica da rinnovarsi ad ogni poppata. Le nutrici dopo una o due volte che hanno visto far la medicatura regolare dal medico o dalla levatrice sono generalmente capaci a ripeterla da sè. La medicatura stessa del resto è semplicissima.

Lavato il capezzolo, dopo la poppata, con una soluzione antisettica ed asciugatolo, lo si avvolge con una lista di garza asettica a più doppî e si ricopre con un decimetro quadrato di guttaperca in foglio sottilissimo in modo che, colla compressione col palmo della mano, possa scansarsi l'aria sottostante e in modo che la guttaperca aderisca tutt'intorno alla cute della mammella.

Le ragadi iniziali, trattate così, sogliono già guarire dopo uno o due giorni: il dolore cessa fin dalla prima medicatura.

Cuzzi e Crosti. — **Contributi embriologici.**

Il dottor Crosti presenta alcuni preparati di uovo umano, il più piccolo che si conosca a suo credere. Proviene da una donna mestruata regolarmente, 15 giorni prima dell'espulsione di una membrana triangolare, che riproduceva completamente la forma del cavo uterino. Un centimetro circa dallo sbocco di una tuba, si notava un rialzo tondeggiante grosso quanto un pisello. Colorato in massa con picro carminio all'ioduro di potassio, e fatta la doppia inclusione in celloidina e parafina, praticò le sezioni in serie da cui risultarono i seguenti fatti:

1.° La riflessa non presenta traccie di neoformazione ghiandolare, sibbene parrebbe risultare dall'allungamento e fusione dei tratti interghiandolari dell'endometrio. Tale allungamento, tale fusione è il risultato non di accrescimento numerico degli elementi, ma di ingrossamento idropico degli stessi, ne risulta la formazione di propagini digitiformi che si saldano per la punta all'estremo opposto a quello di insorgenza, e si fondono sui lati, quando quivi non si mettono i villi coriali.

2.° Il corion presenta spiccato il differenziamento in tenue e frondoso: molto prima quindi di quanto vuolsi generalmente.

3.° Il corion frondoso inseriscesi sulle riflessa, confortando così quanto il Raineri e l'Hofmeyer volevano ad interpretazione genetica della placenta previa.

4.° I villi immettonsi negli spazi interdigitali della riflessa e mandano propagini epiteliali che invadono il tessuto materno.

Tali propagini epiteliali spiccano per la colorazione viva del protoplasma e la cromofilia del nucleo, e tendono a limitare la cavità (seno) nel quale il ciuffo villoso si è immesso.

L. M. Bossi. — **Sull'efficacia dei bagni di mare nella terapia ginecologica.**

(Comunicazione alla sezione d'idroterapia).

Nel mentre non molti anni or sono la chirurgia ginecologica era eccessivamente passiva, in oggi tendesi ad esagerare dal lato operativo; troppo alla leggera si deforma l'utero e si privano anco giovani donne dell'utero e delle ovaia. Uopo è di insistere, in limiti razionali, onde facciasi una ginecologia più conservatrice se non si vuole, per naturale reazione, regredire.

Fra i mezzi vantaggiosi alla ginecologia conservatrice vi sono i bagni di mare sui quali è assai utile richiamare l'attenzione; sulla loro efficacia da altri si esagera, da altri si dimostra troppo scetticismo, da

altri infine non se ne fa un razionale apprezzamento. L' A., trovandosi da parecchi anni in un centro marittimo, raccolse osservazioni cliniche personali su 400 casi intorno al quali riferisce.

Essi riguardavano: 1.° Forme di pelvicellulite e salpingovarite — 2.° Forme di cervicometrite parenchimatosa e subinvoluzione uterina — 3.° Forme di prolasso, flessione e versione dell'utero ed endometriti recidivanti — 4.° Forme di fibromiomi uterini.

I risultati che egli ottenne in sette anni di osservazione lo conducono ad ammettere essere grandi i vantaggi che se ne ponno ritrarre. Ritiene però essere a ciò necessario associare contemporaneamente i bagni di mare e le cure locali, che la terapia ginecologica fornisce; quali le medicazioni endouterine e vaginali, l' applicazione locale di solventi, quali l'ittiolo, il ioduro di potassa, la tintura di iodio diluiti in glicerina, il massaggio semplice ed il massaggio col metodo Thure-Brandt, l'elettrolisi Apostoli. Afferma l'A. essere tale connubio di trattamenti sommamente utile in particolar modo nelle lesioni già inveterate e che resistettero a mesi e ad anni di svariate cure ed anco di interventi operativi.

Idem. — Su una causa d'aborto non sufficientemente apprezzata nella sua frequenza e nella sua gravità facilmente rimediabile.

Dai risultati che le indagini cliniche ci offrono, devesi ritenere quale una causa d'aborto assai più frequente di quanto finora si ammetta, la retroversione dell'utero. La riduzione dell' utero gravido e l' applicazione d'un adatto pessario eseguite al primo, al secondo, al terzo mese subito che tale complicanza viene diagnosticata, il più delle volte, come dalle 80 operazioni esposte risulta, evitano l'aborto senza punto danneggiare nè la paziente, nè il prodotto del concepimento. Una condotta aspettante, quindi sarebbe in massima da condannarsi.

Id. — Contributo allo studio dell'acetonuria nel campo ostetrico e ginecologico.

Dalle esperienze riferite dall'A. risulta che non solo nei casi ostetrici si può riscontrare un'esagerazione dell'acetonuria normale in seguito a morte del prodotto del concepimento nella cavità uterina (escluse s'intende di altre cause già note) come venne già dimostrato dal Vicarelli, ma anche per la presenza nell' apparecchio genitale di tessuti non vitali, quali residui d'ovulo, di placenta, tumori in decomposizione o in via di assorbimento.

Sperimentalmente l'autore riscontrò pure tale fatto.

Egli in due cagne, previa laparotomia, introdusse una piccola rana viva nel cavo peritoneale, che poi rinchiuse in uno alla parete addominale. Orbene in entrambe, nel mentre prima dell'atto operativo non solo, ma nei primi giorni consecutivi non esisteva acetone nelle orine, dopo parecchi giorni (12 giorni nell'una, 5 nell'altra) di dimora di tale corpo estraneo nel cavo peritoneale e che quindi erasi iniziato il lavoro di assorbimento ed eliminazione della stessa, apparve acetonuria che via via andò aumentando. Introdusse una rana viva per essere sicuro di immettere un corpo non ancora in decomposizione.

Le esperienze furono fatte e trovansi in corso presso l'Istituto di clinica medica del prof. Maragliano nel laboratorio del prof. Mosso.

I dati riferiti quindi dall'autore riusciranno assai utili per coadiuvare la diagnosi della presenza di residui ovulari, di piccoli polipi in decomposizione ecc. nella cavità uterina, diagnosi che soventi riesce difficile coi mezzi di cui finora si dispone.

Id. — Sulla profilassi ostetrica a domicilio.

(Comunicazione alla sezione d' igiene).

Dalle statistiche offerte da Genova oltrechè da Milano e da qualche centro estero si è condotti a ritenere che l' istituzione di guardie ostetriche permanenti, aventi per iscopo il soccorso gratuito a domicilio delle partorienti povere, è il miglior mezzo di profilassi contro la febbre puerperale e contro la notevole mortalità dei feti in sopraparto.

In Genova in fatti, dove tale istituzione esiste, l'infezione puerperale miete maggior numero di vittime fra le famiglie dei ricchi, ove la guardia ostetrica non estende la sua azione, che non fra le famiglie povere presso le quali il suo soccorso è richiesto.

Tale istituzione inoltre rende possibili anche in ambienti i meno proprii ed i più igienicamente e socialmente miseri, atti operativi di urgenza i più gravi, quando assai pericoloso e fatale sarebbe sia l' attendere, sia il trasporto della paziente negli istituti di Maternità.

Informino a tale riguardo, oltre a numerosissimi (432) altri interventi, quattro operazioni cesaree con esito felice eseguite a domicilio per indicazioni di grave urgenza dalla guardia ostetrica di Genova, ove nessun atto operativo di tal genere a domicilio era stato coronato da successo.

Le guardie ostetriche permanenti senza riescire d'alcun aggravio finanziario, nè per Municipii, nè per le Provincie, nè per il Governo, presentano un materiale di lavoro e quindi di soccorso per lo meno decuplo di quello formato dagli istituti di Maternità.

È quindi a desiderarsi che nella distribuzione dei servizii sanitarii cittadini le Istituzioni di beneficenza, i Municipii e le Provincie devolvano alle guardie ostetriche ove esistano (istituendole ove non esistano) il servizio ostetrico e ne aiutino l'incremento, essendo provato quanto pericoloso possa riuscire la promiscuità degli altri servizi sanitarii col servizio ostetrico, e quindi dell'intervento dello stesso sanitario in date ore di guardia indifferentemente per casi ostetrici come pei comuni casi medico-chirurgici.

Id. — Sulle indicazioni mediche alla provocazione dell' aborto e del parto prematuro e sulla tecnica dell'atto operativo.

La provocazione dell' aborto e del parto prematuro per indicazione medica (tubercolosi, cardiopatie ecc.), è intervento che dovrebbesi suggerire con maggior frequenza di quanto finora si pratichi.

Essendo opportuno in tali casi che l' atto operativo abbia una durata breve (non di giorni come avviene dei metodi in uso), crede utile l'autore la provocazione colla dilatazione meccanica del collo, processo questo che, come risulta dalle già fatte osservazioni cliniche, limita il tempo ad ore, prestandosi ad accelerare più o meno a seconda delle circostanze e delle particolarità dell'indicazione.

La modificazione introdotta al suo dilatatore, dell' aggiunta di un tubetto di gomma su ciascuna asticella dilatatrice, rende meno facile sia lo scivolare di tale asticelle, sia il lacerarsi del canale cervicale, la cui superficie interna viene a trovarsi direttamente a contatto non col metallo ma colla gomma elastica. Per tal modo in gran parte si tolgono i due inconvenienti che al metodo suo si imputavano.

Id. — Sulle modalità del taglio cesareo demolitore (Porro) a proposito di sei casi seguiti da esito felice.

Fra i sei casi operati con esito felice in due venne affondato il peduncolo col metodo Schroeder, in tre il peduncolo venne affondato lasciando il laccio elastico in posto, ed in una fu praticata la totale ablazione dell' utero collo stesso metodo, che il Martin suggerì pei casi di fibromiomi uterini.

In tutti e tre i casi in essi si affondò il peduncolo col laccio elastico, questo ad epoche varie venne espulso.

L'autore crede che l'affondamento del peduncolo col laccio essendo un metodo rapidissimo possa riuscire particolarmente utile nei casi urgenti: ritiene poi in massima che il metodo demolitore Porro (quando

sianvi le razionali indicazioni a eseguirlo) possa essere opportunamente modificato, conservando la propria entità, oltrechè l'affondamento del peduncolo anche colla demolizione completa dell'utero, che riesce di facile esecuzione in tale contingenza, e che dovrebbe rappresentare l'ideale di tale operazione.

Ruggi (Bologna). — **Casistica sulla isterectomia vaginale.**

Il Ruggi porta 176 casi di isterectomia vaginale.

Ecco la serie delle indicazioni operative negli ultimi 73 casi: 1 caso per adenoma uterino — 3 casi per isteralgia — 19 casi per fibromi — 8 casi per carcinomi — 33 casi per lesioni degli annessi — 2 casi per prolasso — 7 casi per metrite.

L'autore eseguisce l'operazione quasi esclusivamente col metodo delle allacciature laterali in seta, praticate coll'ago e col port'ago comune. Non è partigiano della forcipressura. Prima di tutto perchè con questa non si può chiudere la breccia; secondariamente perchè con questo metodo non si impiega che pochissima abilità, ed in fine perchè durante l'operazione non si può estrarre mano mano l'utero. Cita due casi in cui praticò l'estirpazione delle ovaie e delle trombe dalla vagina e fece la riposizione in sito dell'utero. Questa riposizione in sede dell'utero che è stato in antecedenza lussato, secondo l'autore riuscirebbe facile, e l'utero funzionerebbe ancor bene, se si lascia in posto un ovaio sano. Lascia facoltativa l'associazione dell'amputazione del collo. L'utero riposto rimane saldamente in sito per i solidi attacchi di nuova formazione.

Fabbri (Modena). — **Isterectomie vaginali per carcinoma.**

Parla di 24 isterectomie vaginali da lui eseguite per carcinoma con un solo caso di morte. (4.1 °/₀). Si ebbe la riproduzione in dodici casi così ripartiti per l'epoca della riproduzione — 2 dopo 5 mesi — 2 dopo 6 mesi — 1 dopo 10 mesi — 1 dopo 1 anno — 1 dopo 1 anno e 2 mesi — 1 dopo 1 anno e 4 mesi — 3 dopo 1 anno e 5 mesi — 1 dopo 1 anno e 4 mesi. Guarigioni 16.6 °/₀.

Nelta tecnica operativa l'A. segue principalmente i seguenti concetti:

1.° Evitare la diffusione del tessuto cancerigno.

2.° Tenere le linee di sutura il più lontano possibile dal carcinoma adoperando i klemmer di Billroth e allontanando gli ureteri, e tenendo i punti di sutura molto avvicinati.

3.° Ottenere la mortificazione dei noduli di tessuto compresi fra le legature.

L'Autore segue un metodo speciale per annodare i fili che fa restare pochissimo nutriti i monconi da cui pendono i due gruppi di fili. Adopera un uncino speciale tubulato armato di filo per segmentare i legamenti larghi.

Ettore Truzzi (Novara). — **Nuovi documenti per lo studio degli effetti della castrazione ovarica ed utero-ovarica sul decorso dell'osteomalacia.**

1.° L'A. riferisce sette casi clinici, come contributo allo studio della benefica influenza che la soppressione chirurgica delle vicende generative sa esercitare sul decorso dell'osteomalacia.

2.° Studiando il ricambio dell'azoto col metodo Kjeldahl e quello dell'acido fosforico, l'A. ebbe a riconoscere in due osteomalaciche dopo la castrazione una sensibile tendenza alla diminuzione dei processi di disassimilazione e quindi alla ricostituzione organica delle operate. Però una tale favorevole modificazione del ricambio non sarebbe compagna ai pronti fenomeni di miglioramento ed alla quasi immediata attenuazione delle sofferenze, quali si osservano nelle osteomalaciche dopo la castrazione: tanto che in un terzo caso, nel quale l'A. studiò il ricambio dalla nona alla decimaquarta giornata dopo l'operazione, non apparve alcun indizio di favorevoli mutamenti nel bilancio nutritizio dell'organismo della paziente.

3.° In uno degli accennati casi, l'A. praticando l'esame istologico di un frammento di costa esciso cento giorni dopo la castrazione utero-ovarica, trovò che il midollo era in preda ad estesa *trasformazione fibrosa*, alla quale l'A., in accordo alle vedute moderne di Ribbert, è inclinato ad attribuire il significato di una neoformazione rigenerativa dell'osso, intesa alla produzione mielogena di nuove trabecole ed alla consolidazione dell'osso, già prima rammollito dal processo osteomalacico.

4.° Basandosi sopra casi, anche personali, nei quali dopo la semplice castrazione ovarica persistettero metrorragie atipiche, nè si ebbe una sosta durevole del processo osteomalacico, l'A. ritiene preferibile alla estirpazione delle ovaie la completa castrazione utero-ovarica, come quella che può anche influenzare maggiormente in modo favorevole il decorso dell'osteomalacia in ragione della più estesa e profonda demolizione dell'apparato generatore. A tale procedimento l'A. si attenne nell'ultimo dei casi operati.

5.° L'A. si dichiara non favorevole alla teoria del Petrone, ed accenna a ricerche, che sta attualmente istituendo, dalle quali è già lecito indurre che, contrariamente alle idee espresse dal Pommer, il midollo osseo nelle sue trasformazioni biochimiche abbia una importanza somma

nella genesi dell'osteomalacia, per lo meno come fattore preparatorio alla azione di altre cause. Tali ricerche dell'A. riguardano l'esame istologico di ossa alla stregua degli studi di Foà e di Marchiafava sulle condizioni del midollo nella gestante e di Litten, di Orth, di Bizzozzero, di Golgi, di Foà, di Salvioli, circa le trasformazioni biologiche del midollo in animali artificialmente anemizzati.

Regnoli (Roma). — **Sopra un metodo speciale di colpo-perineo-plastica.**

Il concetto fondamentale è quello di esportare il meno possibile il perineo.

L'autore associa il metodo di Hegar con quello di Lawson-Tait. Le incisioni sono le seguenti: una triangolare piuttosto allungata e un'altra incisione semilunare sul margine inferiore del triangolo suaccennato. Questa incisione prolunga la base del triangolo da destra a sinistra un centimetro circa.

L'autore non asporta che il tratto di mezzo della cruentazione semilunare.

Le due suture tanto del triangolo come della mezzaluna risultano poi continue sopra la linea mediana perineale e vaginale.

Piccoli (Napoli). — **Inversione cronica puerperale dell'utero datante da 11 mesi.**

Egli fece l'isterectomia, facendo però prima precedere incisioni del fornice posteriore, due incisioni sul collo dell'utero, e tentativi di riduzione che riuscirono inutili. Allora prolungò le incisioni laterali, e ritentò la riposizione ma inutilmente. Si decise allora all'isterectomia e dovette incidere tutta la parete posteriore uterina. Un caso consimile è stato pubblicato anche dal Küstner nel *Central Blatt. f. Gyn.*, ma però in questo caso non tutta la parete uterina posteriore fu incisa.

Romano. — **Un caso di isterectomia per prolasso uterino totale.**

Stabilisce per condizioni dell'estirpazione totale dell'utero prolassato le seguenti: 1.° Irriducibilità dell'organo — 2.° Le alterazioni delle parete vaginali — 3.° Le complicazioni degli annessi.

Nel caso narrato dall'autore l'estirpazione dell'organo fu fatta appunto per prolasso dell'utero con salpingo-ovarite suppurata e un tumore sottomucoso (fibro adenoma) della cavità uterina.

Barone (Napoli). — **Caso di angioma cavernoso congenito della coscia sinistra di un feto.**

Finora, dice l' autore, tutti i casi congeneri si erano verificati nell'infanzia. Questo invece erasi sviluppato mentre il feto stava ancora nell' utero. Fu causa di distocia perchè impedendo la flessione della coscia colla pelvi aumentò notevolmente il diametro sacro tibiale. In questi casi l'autore adopera volontieri le iniezioni di percloruro di ferro.

Pio Masetti (Roma). — **Risultati clinici e statistici di 100 applicazioni di forcipe.**

L'A. per mostrare l' influenza che l'antisepsi ha avuto in ostetricia, espone i risultati di 100 applicazioni di forcipe eseguite dal 1886 al 1893. In questo periodo di tempo ha operato 69 primipare e 31 pluripare; di esse 99 guarirono e una morì per eclampsia.

Furono estratti col forcipe 66 bambini di sesso maschile e 34 di sesso femminile, 47 maschi e 30 femmine erano viventi e sani, 9 maschi e 2 femmine erano profondamente asfittici, ma furono rianimati, 10 maschi e 2 femmine morirono, ma in questo numero sono compresi: 2 feti già morti al momento dell'estrazione (eclampsia, soccorso troppo ritardato) e un feto prematuro gemellare di 7 mesi.

Quanto alle indicazioni, 15 volte il forcipe fu applicato per irregolarità nelle presentazioni del vertice e della faccia, 35 volte per angustie pelviche, 29 volte per rigidità e resistenza delle parti molli, 10 volte per inerzia uterina primaria e gravidanza gemellare, 7 volte per esagerato sviluppo fisiologico della testa fetale, 3 volte per malattie del cuore, 1 volta per eclampsia.

Le applicazioni allo stretto inferiore furono 32, allo scavo 53, allo stretto superiore 15.

Presso che tutte le applicazioni allo stretto superiore furono eseguite per restringimento del bacino; la coniugata vera misurava nei gradi più alti di restringimento 88-90 mm. Una sol volta la testa era mobile sullo stretto superiore, ma il bambino venne morto. In queste serie non sono conpresi 5 casi, capitati nello stesso periodo di tempo, nei quali l' applicazione del forcipe non riuscì e si dovette ricorrere alla craniotomia. I secondamenti furono fisiologici 89 volte, 11 volte furono artificiali. In 7 casi si ebbe notevole emorragia post-partum la quale venne domata una volta apponendo sul collo dell' utero uno zaffo di cotone al percloruro di ferro, 2 volte con semplici irrigazioni alla

temperatura di 45-50° e 4 volte col tamponamento di garza jodoformica col metodo del Dührssen.

Di 69 primipare 45 ebbero il perineo lacerato, mentre di 31 pluripare solamente 3 riportarono la lacerazione perineale; però è da notare che venne tenuto conto anche delle piccole lacerazioni. I puerperi furono normali 84 volte; 10 volte leggermente e 5 volte gravemente patologici; in 2 di questi ultimi casi l'infezione esisteva al momento dell'operazione.

Quanto al metodo antisettico, avendo dovuto eseguire il maggior numero delle applicazioni nella pratica privata e generalmente in ambienti poco sani, l'A. ha sempre praticato la più accurata disinfezione dei genitali tanto esterni che interni della donna mediante deboli soluzioni di sublimato e la bollitura degli istrumenti immediatamente prima dell'operazione. Nel puerperio ha adoperato soluzioni debolissime di sublimato (1 su 5000, 1 su 10000) in acqua bollita, limitando le irrigazioni all'esterno nei casi di puerperi completamente normali, estendendole alla vagina nei casi di lacerazione perineale e di leggera infezione puerperale, a anche alla cavità dell'utero nell'infezione puerperale grave.

Dallo studio di questi dati statistici risulta:

1.° Che sopra 100 casi l'applicazione del forcipe è stata due volte più frequente nelle primipare che nelle pluripare.

2.° Che il numero dei bambini estratti di sesso maschile è stato doppio di quello dei bambini di sesso femminile, ciò che è in relazione col maggior volume della testa dei primi.

3.° Che adottando le più scrupolose misure antisettiche l'applicazione del forcipe allo stretto inferiore e all'escavazione è assolutamente inoffensiva tanto per le madri che pei bambini.

4.° Che allo stretto superiore è inoffensiva per le madri, ma può esporre a gravi pericoli i bambini: per conseguenza l'A. è d'avviso che nell'avvenire l'applicazione del forcipe allo stretto superiore nei gradi anche lievi di restringimento del bacino e quando la testa non cede sotto moderate trazioni sarà con vantaggio sostituita dalla sinfisiotomia.

Pestalozza. — **Sulla cura delle retroflessioni uterine.**

Il metodo proposto dal prof. Pestalozza è una modificazione del metodo di Mackerodt, mediante il quale si viene a fissare l'utero, che è in retroflessione tipica non complicata, per la sua parete anteriore, alla parete vaginale anteriore.

La differenza tra l'operazione di Mackenrodt e quella del prof. Pestalozza, consiste esenzialmente in una modificazione dell'incisione che col metodo del prof. Pestalozza facilita lo scollamento della vescica e la sutura della parete anteriore dell'utero alla vagina.

Durante l'operazione l'utero deve essere mantenuto ridotto nella posizione normale mediante una sonda uterina.

Pei caratteri anatomici dei tessuti che si fissano, si viene a riprodurre del tessuto connettivo nel punto d'unione dell'utero e della vagina.

I risultati remoti di questa operazione non sono però così soddisfacenti come i prossimi; in 8 casi operati dall'autore, si riprodusse la retroflessione.

Questo si capisce anche perchè la vescica tende ad inoltrarsi tra l'utero e la vagina. Questa operazione a detta dell'autore non vale più di un pessario.

Clivio. — Contributo alla conoscenza delle terminazioni nervose dell'utero.

L'A. quale materiale d'esame adoperò degli uteri di cagna, di coniglia e di bambina e pel metodo di ricerca si attenne a quello del prof. Golgi col *nitrato d'argento.*

Ecco i risultati ottenuti:

Nella muscolare i nervi decorrono principalmente lungo i vasi in grossi fasci formanti a volte dei veri plessi; da questi, partono diramazioni che si recano a formare la rete della muscolare. Questi plessi sono simili a quello di Auerbach dell'intestino come venne descritto da Berklei.

Fra i diversi strati (strato esterno ed interno muscolari, strato muscolare e sottomucoso, ecc.), i fasci nervosi tendono a mantenersi nell'interstizio connettivo che sta fra i diversi strati, e da essi partono delle diramazioni che penetrano nel tessuto sottostante, e certe volte ritornano al soprastante.

Fra i due strati muscolari, i fasci di fibre a decorso tortuoso, ondeggiante, presentano lungo il decorso come degli aggrovigliamenti di fibre formanti dei gomitoli, altre volte invece scorrono con atteggiamenti a cavaturacciolo.

Dalla muscolare nella sottomucosa, i nervi sia in plessi lungo i vasi, sia a fasci isolati si spingono fin sotto l'epitelio scorrendo quivi lungo la membrana basale, ramificandosi finamente a nodicini tondeggianti o allungati. Nella muscolare le ultime terminazioni sarebbero dei nodicini o dei rigonfiamenti a bottiglia.

Non vi ha differenza assoluta fra struttura del collo e del corpo dell'utero; essa è legata alla diversità degli elementi che li compongono, così sotto l'epitelio del muso di tinca, i fasci nervosi scorrenti lungo la membrana basale formano delle ricche reti nervose, e seguendo i vasi che si internano nelle papille vascolari li circondano completamente formando come un rivestimento ad essi.

Sotto la mucosa osservansi cellule piccole, cellule con prolungamenti lunghi (3, 4, 5), talora ramificati, talvolta irregolari nei contorni, bitorzoluti e che terminano alcune volte come rotti, altre volte diventando sempre più sottili. La forma di queste cellule è varia, globosa, tondeggiante, con prolungamenti che partano da tutto il contorno della cellula; di queste, altre più vicine alle papille mucose hanno forma più fusata, e i prolungamenti si staccano di preferenza dall' estremità del fuso: in fine entro le papille le cellule fusate hanno una direzione radiata parallela al massimo diametro delle papille.

Sono cellule nervose? Esse si colorano in nero, ma, questo criterio non basta a classificarle come tali. Fusari e Panasci nelle papille della lingua descrissero, come cellule nervose, cellule simili a quelle dall'A. trovate nell'utero. Lenossec sollevò più tardi dei dubbi intorno alla natura nervosa di quelle cellule, e però non negando assolutamente la loro natura, insiste nel fatto che manca il carattere più importante per ritenerle come elementi nervosi, cioè il prolungamento che passa in fibra nervosa, e propone di chiamare questi elementi *subgemmalzellen*.

L'A. accetta per ora anche per le cellule da lui ritrovate nell'utero la riserva del Lenossec; si propone di continuare le ricerche seguendo anche altri metodi di colorazione.

Gawrowsky (Charkow). — **Sulle terminazioni e sul decorso dei nervi nei genitali femminili.**

I risultati presentati dall'autore portano il controllo di Kupffer.

L'A. dice che tanto nella vagina che nell'utero e nella tuba le fibre nervose penetrano nell'epitelio e si terminano liberamente tra cellula e cellula. Nell'utero e nella tuba, nello strato proprio della mucosa si possono vedere cellule nervose multipolari.

Rispetto all'ovaio non potè constatare la penetrazione delle fibre nervose nell'epitelio dei follicoli come trovarono altri. Egli dice che i nervi ovarici non solo si accompagnano ai vasi, ma penetrano nella zona dei follicoli come tratti isolati, e avvolgono a spire concentriche i follicoli e vanno fino all'epitelio del follicolo.

L'A. presenta delle tavole e dei preparati microscopici.

Saenger (Lipsia). — **Sulla cura attiva dell' aborto tubarico.**

1.° L'aborto tubarico (aborto completo, incompleto, mola tubarica) è più frequente che la rottura della tuba contenente il sacco gravidico.

2.° La rottura della tuba gravida in causa dell'emorragia intrape-

ritoneale conduce più spesso e più rapidamente allo shock e all'anemia letale che non l'aborto tubarico. Oggi giorno troppi sono i casi di recente rottura tubarica che hanno esito letale perchè non si fa subito la celiotomia e la salpingectomia. Questo genere di intervento operativo non è meno imperioso del taglio cesareo con indicazione assoluta, non è meno imperioso di una erniotomia, o di una tracheotomia, e siccome la diagnosi in questi casi è facile a farsi, così questa operazione dovrebbe essere praticata anche da chi non esercita la chirurgia addominale.

3.° L'emorragia intraperitoneale nell'aborto tubario siccome si inizia più scarsa e più lenta, ha una più spiccata tendenza ad incapsularsi e si formano spesso ematoceli solitarii e completamente snucleabili. Si presentano però emorragie successive, recenti, per lacerazione della capsula con passaggio di masse fresche di grumi sanguigni nella cavità libera addominale, con sintomi clinici analoghi alla rottura della tuba gravida.

4.° Una volta passato, nell' aborto tubario, il pericolo dell'anemia acuta esiste sempre quello dell' infezione settica (utero, tuba, intestino) colla putrefazione delle masse sanguigne, colla formazione di piosalpingiti, e pioovariti con ascessi pelvici, pericoli di peritoniti generali ed esiti negli organi circonvicini.

5.° Dato però che queste gravi complicazioni non si verifichino, oppure riescano ad una relativa guarigione con una cura aspettante, tuttavia l' ammalata (quantunque in istato di un relativo benessere subbiettivo) non si può considerare come sana. L'organizzazione ed il riassorbimento delle masse sanguigne effuse e dell'uovo racchiusovi procede in modo straordinariamente lento, può durare mesi ed anni, e lasciar ancora in sito dei residui. Le malattie degli annessi che furono causa di gravidanza ectopica seguitano a procedere, e si sommano alle conseguenze del fatto precedente.

6.° La cura attiva dell'aborto tubario e dell'ematocele peritubarico mediante la celiotomia dev' essere a priori addottata, e anteposta alla cura aspettante. Anche Lawson Tait, Bland Sutton, Gusserow, Graefe, v. Ott e altri accettano pure questo concetto sebbene in modo più restrittivo.

7.° Lo svuotamento degli ematoceli peritubarici o retrouterini (dipendenti da aborto tubarico) per mezzo dell' elitrotomia è da posporsi alla celiotomia; l'elitrotomia tutt'al più può servire a portar via le masse sanguigne, ma oltre alle proprie conseguenze lascia sempre la minaccia degli annessi ammalati, e della gravidanza ectopica permanente.

8.° Così pure bisogna respingere la cura della gravidanza extrauterina coll'elettricità e colla morfina per il pericolo di un'emorragia primaria o secondaria.

9.° L'isterectomia vaginale con o senza morcellement non si può

accettare nel trattamento dell'aborto tubario che con molta riserva, solo colla celiotomia si può portar via la tuba ammalata, e conservare gli annessi dell' altro lato se sono sani. L' asportazione degli annessi dell'altro lato (se sono poco o nulla ammalati) fatta col concetto di evitare la ripetizione della gravidanza extrauterina, non è giustificata. Se la gravidanza extrauterina si ripete dall' altro lato, bisognerà con una altra celiotomia allontanare gli annessi colpiti come ha fatto l'autore in un caso, con ottimo successo.

10.° Per l'aborto tubario esistono le stesse e precise indicazioni alla laparotomia e alla salpingo ooforectomia, come esistono per tutte le altre gravi malattie acute o croniche degli annessi. Se in causa di un errore di diagnosi si viene a trovarsi di fronte ad uno di questi ultimi casi, l'operazione mantiene sempre il suo valore. Molto frequentemente l'aborto tubario può essere scambiato con una pio-salpinge in quantochè si mantiene a lungo la mestruazione, vi è emorragia esterna, formazione di una tumescenza degli annessi che è cresciuta rapidamente, di consistenza molliccia.

11.° Il momento più favorevole per praticare la celiotomia nell' aborto tubario, è o nel primo stadio quando dura ancora l' emorragia interna, oppure quando si sia completato l' incapsulamento dell'effusione sanguigna peritubarica (3 o 4 settimane dopo che tacque l' emorragia interna).

12.° La tecnica dell' operazione (che va eseguita nella posizione di Trendelenburg), si differenzia in alcuni punti da quelle salpingo-ovariotomie che si praticano per affezioni di indole flogistica infettiva degli annessi. Bisogna rendersi padroni coi klemmer dei vasi spermatici (legamento infundibulo pelvico) e delle anastomosi coi vasi uterini al legamento largo. Se si è formato un ematocele isolato, solitario, bisogna asportare le masse di sangue coagulato non isolatamente ma invece in toto colla loro capsula. Quando abbiasi fatto tacere completamente l'emorragia coi soliti mezzi (colla compressione, col termocauterio, coll'allacciatura in massa) si deve chiudere il ventre (non adoperare mai il percloruro di ferro per l'emostasi in questi casi), ricorrendo in rari casi al tamponamento colla garza secondo Mikulicz. È meglio ripulire la cavità addomino-pelvica con compresse di garza sterilizzata piuttosto che adoperare a tale scopo l'acqua calda. Non bisogna adoperare la lavatura coll'acqua calda seguita dal drenaggio di vetro.

13.° Con questi principii fondamentali in questi ultimi anni ha operato 16 casi di aborto tubario. Uno solo di questi ebbe esito letale per inaspettato embolia polmonare 24 ore dopo l'operazione. Negli altri tutti si ebbe la guarigione.

NECROLOGIO

Prof. SCIPIONE GIORDANO.

Amato in vita, lascia dopo la sua morte, un sincero e profondo rimpianto in tutti quanti ebbero la ventura di conoscerlo. La sua vita operosa e feconda si spegneva testè a S. Pierre d'Albigny, dove la morte lo coglieva, al suo ritorno da Vichy alle cui acque era stato a chiedere la guarigione di un morbo epatico che da qualche tempo aveva debellato la sua ferrea tempra.

Nato a Torino nel 1817, nel 1857 ebbe nell'Ateneo Torinese la cattedra di ostetricia che lasciava volontariamente nel 1863 come atto di protesta dignitosa contro patente ingiustizia commessa dal Ministero della Pubblica Istruzione. Animo intemerato, carattere fiero adamantino, soda coltura scientifica e letteraria, spirito pronto, argutissimo, mente elevata, eccelse nella vita pubblica, come nella privata, sulla cattedra e nella pratica, nelle scienze e nelle lettere, negli studii che aveva prediletto come in tutte le questioni d'indole generale che prese a trattare. Gli scritti varii e numerosi che ha lasciato ci attestano la versatilità del suo ingegno, la genialità della sua mente, la vastità della sua cultura. Fra i principali, ricordo: *Dell'insegnamento pubblico, specialmente medico-chirurgico in relazione con la civile società — Saggio di galateo ad uso degli ammalati — Urgentiora et frequentiora artis — Del riordinamento nazionale degli studii universitarii in Italia — Degli Ospitali in generale e delle Maternità in particolare — Medico di casa — Album materno, ecc.*

In un volume dal titolo: *Prelezioni e scritti medici,* Torino 1880, riuniva specialmente gli argomenti che si riferivano all'ostetricia. E finalmente, a dimostrare come egli sapesse allo studio delle severe discipline scientifiche accoppiare l'amore delle lettere consolatrici, pubblicava l'anno passato quando già aveva toccato il 76.° anno di sua vita, un volume di rime, *Rime di più che mezzo secolo,* ove tutte si rivelano la finezza e l'arguzia del suo spirito. L'ostetricia italiana ha perso uno dei suoi cultori più illustri, l'umanità un forte carattere e un nobile intelletto.

Prof. Luigi Mangiagalli, ***Direttore responsabile.***

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Giugno 1894. Num. 6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

LA SINFISIOTOMIA (1)

Relazione all'XI Congresso Medico Internazionale in Roma (1894)

DEL
Prof. O. MORISANI

-2 AUG 94

Signori: Se io avessi dovuto parlarvi della sinfisiotomia due o tre anni or sono, io avrei dovuto a lungo abusare del vostro tempo e della vostra cortesia, perchè sarebbe stata necessaria una diligente e minuziosa descrizione, una discussione lunga ed animata, un attento ed approfondito esame delle statistiche, allo scopo di dimostrarvi la reale utilità di siffatta operazione. Se non che in oggi io non ho bisogno di insistere tanto; è ormai passato quell'epoca in cui gli autori disdegnavano citare la sinfisiotomia nei loro trattati, o, come ad esempio lo Zweifel, proclamavano essere questa una operazione di un tempo, e non meritare altro interesse che quello storico: oggi, grazie alle fatiche del prof. Pinard, di Faraboeuf, di Varnier, che io qui ringrazio pubblicamente, la sinfisiotomia, tolta dall'abbandono, è praticata, si può dire in tutto il mondo, ed io non farò parola alcuna la quale abbia la pretesa di indicare i reali vantaggi di questa operazione.

Solo io mi limiterò ad esaminare e discutere talune peculiarità relative alle dimensioni del catino, per le quali la operazione è indicata,

(1) Traduzione della memoria originale apparsa sugli *Annales de Gynécologie,* avril 1894.

non che le cause della mortalità, ed alcuni tempi dell' atto operativo, ed alcuni rapporti che ha la sinfisiotomia con alcune altre operazioni ostetriche.

I.

Nessuno al giorno d'oggi, io credo, dubita che la sezione dei pubi produca un aumento della capacità del catino in certo grado ristretto, aumento senza del quale non potrebbe aver luogo il passaggio di un feto maturo. Il meccanismo di questo aumento è quello che io già ho esposto fino dall'anno 1863, basandomi sopra un certo qual numero di esperienze istituite sopra cadaveri di puerpere. Colla sezione dei legamenti pubici, compresovi quello triangolare, nella donna in travaglio, oppure in quella morta in sopraparto, i pubi si scostano fra di loro di due o tre centimetri, e lo spostamento accade spontaneo tenendo le coscie flesse sul bacino, e le gambe flesse sulle coscie; se poi con lieve pressione esercitata sulla faccia interna delle coscie noi le divarichiamo un pochino, l'allontanamento dei pubi può giungere fino a 6 od a 7 cent. senza che per questo avvengano apprezzabili lesioni nelle sincondrosi sacro-iliache. Queste, per vero dire, si discostano un poco, le loro lamelle fibrose superficiali appaiono lievemente distese, ma i tessuti che formano l'articolazione propriamente detta, rimangono intatti. In grazia di pressioni energiche e lente, il discostamento dei pubi può raggiungere un grado ancora più considerevole.

Fu il prof. Pinard quegli cui spetta il merito di aver posto in luce questa immunità delle articolazioni sacro-iliache in un modo evidente. Nella lezione fatta alla clinica Baudelocque, pubblicata negli *Annales de Gynécologie* del febbraio 1892, egli mostra una sezione fatta secondo il piano dello stretto superiore, nel bacino di donna morta per nefrite 9 giorni dopo il parto. Essa aveva partorito a termine. In virtù della sezione esperimentale della sinfisi, i pubi hanno subito un allontanamento di 6 cent., e perciò l' articolazione sacro-iliaca è aperta in avanti. I fortissimi legamenti posteriori sono intatti e non debbono temere di qualsiasi allontanamento dei pubi ; il piccolo legamento anteriore che resiste all'allontanamento è punto lacerato, ma soltanto scollato dalla faccia anteriore della parete ossea.

Pinard aggiunge che alloraquando si sopprimono le cause del divaricamento, e si obbligano i pubi ad avvicinarsi, le superfici articolari sacro-iliache si ravvicinano al punto che anche con attentissimo esame non possono rinvenirsi le traccie del subito scollamento.

Le ossa coxali separate in avanti ruotano come due archi di circolo sulla loro estremità posteriore (l'articolazione sacro-iliaca), attorno di un corpo mobile, il sacro, e questa rotazione oltre che ad essere stata dimostrata dal preparato offertoci da Pinard, fu messa eziandio in rilievo dalle figure schematiche del prof. Faraboeuf.

E la rotazione non solo produce un aumento di lunghezza delle due linee che vanno dal punto di mezzo del promontorio sacrale alle due estremità dei divaricati pubi, le quali linee altro non sono che corde di 2 archi, ma produce altresì un aumento di lunghezza di tutte le linee che possono immaginarsi condotte dal centro del promontorio a ciascun punto della metà anteriore del bacino; il che viene a costituire un aumento di tutta la circonferenza pelvica. L'aumento poi cresce in ragione del grado di rotazione degli ilei. Nella sezione di Pinard il bacino che misurava 118 mm. di diametro promonto-pubico, diventò di 124 mm., vale a dire vi fu un aumento di 16 mm.; riguardo poi all' aumento progressivo della capacità, questo è dimostrato dalle figure schematiche di Faraboeuf.

Da quanto dissi, scaturiscono i limiti nei quali la sinfisiotomia è indicata, e di cui intendo occuparmi.

Teniamo in mente innanzi tutto, che il divaricamento dei pubi non deve oltrepassare 6 o 7 cent., se intatte vogliono conservarsi le articolazioni sacro-iliache; ora con tale divaricamento i diametri sacro-pubici guadagnano circa da 13 a 15 mm.; di più la bozza parietale anteriore intromettendosi fra le superfici sezionate della sinfisi dà luogo indirettamente ad una riduzione da 6 od 8 mm., un totale cioè di 20 a 23 mm.

E sapendo ancora che il diametro biparietale di un feto maturo è di 95 mm., o di 90 mm. con un po' di riduzione, si comprende facilmente che dopo la sezione della sinfisi il parto sarà possibile anche in un bacino di 65 mm., ma ciò con una certa quale difficoltà, ed invece facile potrà essere in un bacino di 70 mm.

Ecco i limiti estremi per la sinfisiotomia, e nei quali l'operazione può riuscire realmente utile e benefica; al disotto di questi limiti non

è più indicata, e quantunque in casi eccezionali siasi da essa ottenuto qualche benefico risultato, ciò non pertanto può dirsi che il volerla attuare è cosa illogica ed irragionevole.

Di più io aggiungerò che la sinfisiotomia è pure indicata nei casi di tumori extra o peri-uterini, oppure sorgenti dalle pareti pelviche, fissi od immobili otturanti lo scavo, ma sempre alla condizione che l'aumento di capacità, che si ottiene colla operazione sia tale da assicurare il passaggio di un feto a termine di media dimensione.

Il limite superiore della sinfisiotomia, in generale è fissato ad 85 mm., ma questo limite deve essere, dirò così, elastico.

Ed infatti non si può e non si deve dubitare che con un diametro promonto-pubico di 90 mm. o di 95 mm. la sinfisiotomia sia indicata, se la testa fetale con opportune manovre non arriva ad impegnarsi nello stretto superiore.

E non mi si dica che con un diametro promonto pubico di 81 mm. o di 85 mm. il parto a tutto rigore è possibile colle sole forze naturali, o con una applicazione di forcipe, poichè certamente in condizioni eccezionali con testa piccola e riducibile, la natura colle sole sue forze arriva a trionfare dell'ostacolo, ma ciò non accade nelle condizioni normali.

Lo so anch'io che energiche trazioni o prolungate bastano talora ad estrarre col forcipe il feto da ristretti bacini, ed io mi ricordo ancora di quei tempi nei quali quattro vigorose e robuste braccia, traevano senza tregua, secondo la volontà di persone, che ignoravano che dopo un tentativo infruttuoso pur bisognava perforare il cranio o stritolarne la base. Per questi sforzi prolungati, le difficoltà e gli ostacoli scomparivano, la testa finiva per uscire, ma di rado il feto era vivo, ed anco se tale non campava che pochi istanti, sì grandi erano le lesioni apportate al cranio.

In tali casi adunque il forcipe è strumento più di morte che di vita, e le sue applicazioni riduconsi a vere cefalotripsie mascherate, colla sola differenza che quest'ultima operazione reca minori danni agli organi genitali materni.

Del resto quale ostetrico oggi ignora essere l'applicazione di forcipe allo stretto superiore, una operazione assai dannosa, e che spesso pregiudica la vita del prodotto del concepimento?

Nella clinica dello Zweifel, sopra 68 applicazioni di forcipe, cinque diedero morto il bambino, e notate che il forcipe era stato applicato da espertissime mani, e punto imprudenti in bacini di *minima* ristrettezza.

Faraboeuf ha sperimentalmente dimostrato i danni che possono derivare dalle applicazioni di forcipe in catini ristretti, laonde io non insisterò su questo punto.

Ciò non di meno, io fino dall'anno 1863 consigliavo, che in simili circostanze si avesse ad aspettare, o servirsi discretamente e prudentemente del forcipe, prima di ricorrere alla sinfisiotomia, ma di abbandonarlo se la testa non si fosse impegnata dopo lievi trazioni.

Riguardo al rivolgimento nei ristringimenti mezzani, dirò che io non nutro confidenza per simile atto operativo. La mortalità dei bambini è già abbastanza elevata allorchè il rivolgimento si pratica in bacino normale; in quelli viziati è addirittura enorme (29 0[0 Zweifel). Ed all'infuori di alcuni casi di speciali viziature, quali a cagion d'esempio i bacini assimmetrici, all'infuori di lievi stenosi pelviche, io non credo che il rivolgimento possa dare buoni risultati.

II.

Nelle mie pubblicazioni ho già detto che la sinfisiotomia è operazione che si pratica nell'interesse della madre e del feto; sua antagonista è l'embriotomia. Ne consegue che la sinfisiotomia è inutile se il feto è morto, e non è giustificabile se non in casi eccezionali che io esaminerò in seguito.

Ma ecco sorgere un'altra domanda: il feto non è morto, ma la sua vitalità è assai compromessa; dovremo noi praticare la sinfisiotomia o la embriotomia? Spesso accade che alle maternità vengano condotte donne con bacino viziato, in travaglio da parecchi giorni, rotte le membrane e colate le acque da tempo. L'ascoltazione ci indica che il feto vive ancora, ma la eccessiva frequenza del battito, e l'alterazione del ritmo cardiaco lasciano supporre ch'esso soffra, e che durante il tempo necessario ai preparativi della operazione possa soccombere. Che fare?

La risposta è difficilissima, e la responsabilità è grave; tuttavia a me sembra che se le alterazioni del battito sono di tale importanza da

lasciar supporre che il feto non possa sopravvivere, allora la sinfisiotomia non è più giustificata, e a questa deve preferirsi la embriotomia.

Il tatto poi, e l'esperienza dell'ostetrico, in ogni caso particolare guideranno verso l'apprezzamento delle condizioni di vitalità.

III.

Generalmente la sinfisiotomia si pratica al termine normale della gravidanza allorchè il travaglio è iniziato o la dilatazione avanzata. Io tuttavia credo che la si può eseguire anche prima.

Nel 1867 un chirurgo emerito napoletano, lo Jacolucci, allo scopo di evitare il taglio cesareo, proponeva di combinare la sinfisiotomia col parto prematuro o colla embriotomia, combinazione destinata a vincere l'estrema ristrettezza del bacino, vivo essendo il feto nel primo caso, morto nel secondo. Credo interessante il farvi attentamente considerare queste due combinazioni.

« *Dato,* diceva lo Jacolucci, *una donna con bacino di 54 mm., egli è* « *certo che dessa non potrà isfuggire al taglio cesareo; ebbene io propongo* « *di combinare il parto prematuro colla sinfisiotomia, ed infatti mercè* « *questa il diametro promonto-pubico diverrà di 67 mm., forse anche di* « *71 e in tal guisa potrà passare un feto settimestre. Certo la madre corre* « *i pericoli del parto prematuro e della sinfisiotomia, ma forse che questi* « *sono paragonabili ai pericoli della gastro-isterectomia?* »

A questo riguardo io mi permetto due obbiezioni:

1) Essa fu proposta quando il taglio cesareo dava una grandissima mortalità alle madri, e l'operatore che a tal cimento si accingeva era forzato da imperiosa necessità, poichè aprire il ventre ad una donna, equivaleva, si può dire, a firmarne l'atto di morte. Perciò dovettero essere pienamente giustificati tutti i tentativi intesi ad evitare una operazione così grave e così terribile.

2) Il parto prematuro associato alla sinfisiotomia fu 2 volte praticato dal Novi, oltre che da altri, e da me stesso nel 1879, ma oggi che la mortalità della sezione cesarea è considerevolmente diminuita, questa combinazione più non parmi logica e benefica. Infatti noi sappiamo che le difficoltà ed i danni dei maneggi operativi nei bacini ristretti aumentano appunto in ragione della ristrettezza medesima. Noi

sappiamo inoltre che nei catini fortemente viziati notansi spesso delle irregolarità di forma, e l'ostetrico non ignora punto come sia difficile in simili congiunture il conoscere la reale alterazione della capacità della pelvi, l'esatto volume fetale, l'età della gravidanza, ed i limiti nei quali la sinfisiotomia può essere veramente efficace.

Soltanto apprezzerà tutte queste incertezze, colui il quale abbia fatto profondi studi sulle operazioni e che siasi famigliarizzato colla pratica, e che sappia rendersi conto della grave responsabilità che risiede nella scelta di questo o di quell'intervento.

Se io ho dimostrato che i danni che si attribuivano alla sinfisiotomia erano immaginari nelle stenosi di 67 mm. di coniugata, io non oserei dire altrettanto nei bacini il cui diametro promonto pubico fosse a tal limite inferiore. Aggiungete i pericoli che corre il bambino. Io non istarò a ricordare la grande mortalità dei nati prematuri, che, sebbene diminuisca per l'uso di apparecchi di recente invenzione, non cessa per questo di essere considerevole. Devesi tener conto dei danni nei risultati della operazione che è istituita nell'interesse tanto del feto che della madre.

In tal guisa, tenuto calcolo dei danni delle due operazioni riunite e della mortalità fetale, io non credo nè utile nè ragionevole il ricorrere a questo metodo piuttosto che alla operazione cesarea.

Io credo falsa l'idea di coloro i quali contano molto sulla cedevolezza della sinfisi in una epoca più o meno lontana dal termine della gestazione. Certo che a gravidanza a termine, la cedevolezza articolare tocca il massimo, in cui si verifica un lieve divaricamento dei legamenti anteriori delle sinfisi sacro-iliache durante l'allontanamento dei pubi, ma non si può negare che anche prima che la gravidanza arrivi al suo fine, che anche quando è permesso il parto prematuro, le articolazioni del bacino sono rammollite al punto da permettere il divaricamento dei pubi senza alcuna lesione delle sinfisi sacro-iliache. E, guidato dalla esperienza, io non esiterei menomamente a fare la sinfisiotomia nei casi di parto prematuro spontaneo, se la coniugata si trovasse inferiore al limite indicato per la sinfisiotomia stessa, il che del resto io già feci nella paziente Ajello. (N. 34 della statistica pubblicata nel 1893).

L'altra combinazione è quella della sinfisiotomia colla embriotomia, destinata ad estrarre un feto morto da un catino ristretto. Nei casi in

cui gli strumenti destinati a distruggere la base del cranio trovano uno spazio sufficiente per la loro applicazione, io non giustifico in verun modo una simile condotta. Conciossiachè la tecnica della embriotomia così perfetta, lo strumentario così efficace (basiotribo-cranioclaste) e del pari inoffensivo per gli organi materni, non mi inducono a sostituire dei processi operatori ad altri processi operatori.

Se non che, potrebbesi presentare ristrettezza siffattamente pronunziata, da non permettere l'introduzione della mano o degli strumenti, se non a prezzo di difficoltà o di pericoli: ed in questa contingenza se un esame approfondito e minuzioso del catino proverà potersi ottenere colla sezione dei pubi uno spazio sufficiente per praticare la embriotomia e la successiva estrazione del feto, senza gravi offese delle parti materne, la proposta combinazione dovrà essere accolta, imperciocchè con essa potrà evitarsi di aprire una donna, non altro che per mostrarle un cadavere.

La clinica ha dimostrata la possibilità e la utilità di quest'ultima combinazione, che ripeto fu attuata dal Novi, da me, ed ultimamente dal dott. Carbonelli, e con eccellenti risultati.

Di più aggiungerò che la sinfisiotomia rende possibile la embriotomia nei casi di presentazione trasversale di feto morto, e riguardo a questa indicazione io sono del medesimo avviso di Pinard; ed allorchè (per rendere benigni per la madre le pratiche e le manovre operatorie destinate alla decollazione od alla detroncazione), necessiti che il bacino guadagni qualche centimetro in capacità, a me non ripugnerebbe di ricorrere all'operazione di Sigault.

IV.

Poco debbo dire della tecnica operativa, giacchè il mio processo sembrami semplice e sicuro. Con un po' di abitudine o di esercizio, senza grandi difficoltà si giunge ad aprire l'articolazione attraverso di una incisione esterna di 3 o 4 centimetri. Ma io non credo che si debba rifiutare una incisione esterna maggiore, come fecero Caruso e Pinard, come pure non credo indispensabile la falcetta del Galbiati che io ho usata più volte, ma che in altri casi ho sostituito con un semplice bistorì bottonuto a lama stretta e forte, col quale l'operazione si effettuò

colla medesima celerità e facilità. Di più io ho sempre tagliata indifferentemente l'articolazione dal basso in alto o dall'alto al basso senza per questo ledere i tessuti vicini.

Io ammetto che in certi casi è necessario di servirsi della sega a catena o delle forbici, e ciò quando l'articolazione è ossificata, come occorse al Siebold di osservare ed a molti altri, i quali presero da ciò argomento per dire che anche le sinfisi sacro-iliache pure esse possono trovarsi ossificate; se non che la clinica ha dimostrato senza fondamento una simile ipotesi, in quanto che nella operata di Siebold, in un'altra dello Zweifel ed in altre ancora, dopo la sezione del pube le ossa iliache si divaricarono con tutta facilità.

Per conto mio, non osservai mai una completa ossificazione del pube, ed io credo che non si debba dire esistere questa, ogni qual volta si incontri difficoltà ad aprire col bistorì detta articolazione.

Assai spesso le difficoltà provengono dalla obliquità più o meno considerevole della sinfisi, il che io ebbi ad osservare recentemente in un caso che non figura ancora nella statistica, oppure le difficoltà provengono da un assottigliamento considerevole della porzione cartilaginosa interpubica, per il che può accadere che un bistorì sottile può inciderla facilmente, mentre che uno grosso può incontrare ostacolo insormontabile.

È pure indispensabile che la sezione interessi anche il legamento sotto pubico, sezione che credette il Leopold inutile, il quale disse che in taluni casi non sia perfino necessario di incidere interamente tutta la sinfisi, bastando averla divisa per metà o per tre quarti per avere già un allontanamento dei pubi pari a tre centimetri. E siccome l'operazione si pratica spesso in bacini rachitici, in cui la stenosi ha appunto luogo all'entrata (essendo pressochè normali i diametri dello scavo), la sezione della parte superiore della sinfisi basterebbe nella maggior parte dei casi per ottenere il passaggio della testa fetale. Qualora poi fosse necessario, si potrebbe spingerla attraverso allo stretto superiore con pressione esercitata all'esterno.

Ma nè l'una nè l'altra delle modificazioni proposte dal sapiente ostetrico e dall'abile operatore tedesco possono da me essere accolte, imperocchè l'esperienza e la clinica mi hanno insegnato, che la sezione del legamento arciforme è indispensabile per ottenere quel grado di aumento pelvico che noi veniamo a chiedere alla sinfisiotomia. Le esperienze

fatte sul cadavere ci additano poi come il legamento triangolare sia robusto ed inestensibile; ed allorchè esso è integro non permette alle superfici articolari che di scostarsi di brevissimo tratto. Io ho lasciato talora intatto questo legamento, ma ebbi per risultato un divaricamento dei pubi insufficiente al passaggio della testa fetale, la quale sarebbe rimasta allo stretto superiore, se la ulteriore sezione del legamento non mi avesse permesso una rotazione più considerevole ed un ingrandimento proporzionale al volume del corpo. Che se talora senza questa sezione preventiva si potè riuscire a far espellere il feto, devesi pensare che la testa, spinta da energiche contrazioni, o tratta dal forcipe, abbia potuto superare l'ostacolo opposto dalle fibre legamentose, che strappate e rotte, danno con una piaga lacero-contusa gli stessi risultati ottenibili colla sezione più netta e più regolare.

D'altronde quali sono i vantaggi della integrità del legamento triangolare? Le statistiche dimostrano che la cicatrizzazione della articolazione completamente tagliata ottiensi generalmente in 15 giorni, senza alcun apprezzabile inconveniente nella deambulazione, il che non si otterrebbe certo più celeremente rispettando il legamento sotto pubico.

In quanto alla sezione parziale della sinfisi, i risultati sono pressochè illusorii, imperocchè rimanendo intatta la metà inferiore della pubica sincondrosi, il divaricamento è insignificante, e di conseguenza minimo e nullo è l'aumento della cavità pelvica ad onta della abduzione delle coscie. Per la qual cosa tanto varrebbe a non toccare neppure l'articolazione, come ognuno del resto può convincersi esperimentando sul cadavere.

Io poi aggiungo essere interessantissimo che l'ostetrico si assicuri che il legamento sotto-pubico e tutta l'articolazione sia intieramente divisa per ottenere il divaricamento voluto. Con un po' di abitudine il dito dell'operatore riconoscerà il grado di allontanamento senza aver bisogno di altri strumenti misuratori.

Dopo la completa sezione della cartilagine interpubica io applico spesso il forcipe ed estraggo il feto; e questa mia abitudine mi fu frequenti volte rimproverata. Infatti io stesso riconosco che il forcipe non è sempre indispensabile.

Non praticando la sinfisiotomia che là ove essa è realmente indicata, la proporzione fra la testa del feto ed il bacino si stabilisce abbastanza

bene, e si potrà pensare che la espulsione del bambino si farà solo per opera della natura se le contrazioni uterine conserveranno la loro regolarità e la loro energia: e ciò accadendo noi lasceremo sempre il parto terminarsi da solo. Tale era il metodo di Galbiati sull'inizio del nostro secolo.

Ma spesso le cose non corrono in siffatta guisa, poichè, sia che l'utero trovisi illanguidito per un lungo travaglio, sia che per effetto della cloronarcosi l'energia contrattile del viscere venga a diminuire o si assopisca, il fatto è che le contrazioni divengono più lente, meno gagliarde ed assai meno frequenti. Ed in tal caso piuttosto che lasciare la donna sopra un letto di inutili sofferenze, e la ferita articolare in condizioni meno favorevoli, io preferisco terminare il parto con un prudente atto operativo, il quale non aggrava nè le condizioni della madre nè quelle del feto, come del resto è dimostrato dalle statistiche.

Espletato il parto, si procede alla sutura della ferita con seta, e la sutura è profonda o superficiale.

Altri credono necessario, od almeno utile, la sutura ossea, che Zweifel opina vantaggiosa per la emostasi e pel migliore consolidamento della articolazione. Là ove essa sutura non fu praticata, si avrebbe osservato nella parte posteriore della articolazione un divaricamento di qualche millimetro. Io tale sutura non ho mai praticato, ma non vidi mai un tal divaricamento. La cicatrizzazione fu sempre perfetta, come pure la solidità articolare.

La sutura ossea con filo d'argento o con catgut robusto non è difficile ma complica e prolunga senza necessità l'operazione. Per conto mio non trovo buono il metodo di coloro i quali mettono un corpo straniero tra i bordi della piaga per ottenere una riunione per seconda intenzione. Ciò oltre che rendere più lungo e penoso il processo cicatriziale lascia sempre un intervallo fra le labbra dell'aperta articolazione.

Riguardo poi agli apparecchi contentivi, dirò che io non li reputo indispensabili; un tempo furono usati, ma l'esperienza ha dimostrato come basti una semplice fasciatura contentiva, e l'avvicinamento delle coscie per ottenere una perfetta guarigione. Tuttavia non sono da biasimarsi coloro che ricorrono ai mezzi contentivi, in quanto che non tutte le operate mostrano calma e tranquillità. È inutile che io dica che l'antisepsi

deve precedere, accompagnare e seguire l'operazione perchè io ora non mi occupo che della sinfisiotomia asettica.

V.

Uno dei principali rimproveri mossi alla sinfisiotomia si è quello di una eventuale emorragia durante l'operazione. Lasciando in disparte quei rari casi in cui può essere lesa una piccola arteria anomala, in generale la perdita di sangue *en nappe* è assai lieve e frenabile. Furono proposte legature più o meno ingegnose, ma indarno, perchè il mezzo più rapido e più sicuro per frenarla è il tamponamento della piaga. Se l'emorragia si avesse dai vasi delle pareti non si ha che legare questi ultimi. Credo inutile di parlare delle difficoltà od impossibilità del camminare, della mancata consolidazione, del prolasso utero-vaginale. Il tempo e l'esperienza hanno fatto giustizia di tutte queste accuse, e non vi è più ostetrico il quale vi presti orecchio. Le lacerazioni della parete vaginale anteriore, osservate qualche volta, sono rarissime, ed io non ne vidi mai durante il divaricamento dei pubi, ma solo una volta in una primipara nel momento in cui passava la testa, ma la sutura non fu necessaria, e la unione per prima intenzione si ebbe con un semplice tampone di garza jodoformica.

Come giustamente osserva il Varnier, tali lacerazioni si producono per mancanza di resistenza delle pareti molli al momento della estrazione della testa, e per ciò è facile evitarle col mantenere avvicinati gli ilei prima di completare l'estrazione, allo scopo di rendere alle parti molli il loro sostegno naturale.

Taccio delle lesioni dell'uretra e della vescica, poichè non sono da addebitarsi al processo operatorio, ma a peculiari circostanze, od alla scarsa abilità dell'operatore.

VI.

Bene stabiliti i limiti della sinfisiotomia, non devono essere ammessi alcuni confronti fra essa ed altre operazioni. Come infatti paragonarla alla sezione cesarea detta di necessità, dal momento che l'una incomincia là ove l'altra finisce?

L'operazione cesarea conserva i propri diritti al di sotto di 67, dove la sinfisiotomia non dà più alcun risultato, imperocchè per ottenere un allontanamento sufficiente dei due ilei, assai probabilmente si produrrebbero nelle articolazioni sacro-iliache delle lesioni così gravi da compromettere la esistenza o da determinare una lesione funzionale permanente. Eppure, in epoche non lontane da noi, illustri ostetrici, sedotti e trascinati da una statistica, che non avrebbesi mai dovuto sperare, non esitarono ad aprire il ventre e l'utero, istituendo così leggermente una operazione cesarea di scelta (tra 7 ed 8 cent. di diametro) che noi non abbiamo mai accettato, ed alla quale abbiamo sempre opposta la sinfisiotomia.

Infatti non si può negare, che per incoraggianti che siano le statistiche, nella sezione cesarea la mortalità è ancora al 10-12 0|0, il che è già qualche cosa.

E bisogna altresì tener conto degli inconvenienti che lascia l'operazione, le aderenze del peritoneo uterino col parietale, che se teoricamente si possono evitare, tuttavia in pratica non mancano mai. E queste aderenze fra l'utero e la parete addominale possono avere delle gravi conseguenze in una gravidanza successiva.

L'operazione con cui la sinfisiotomia può essere paragonata è la craniotomia o la basiotripsia, operazioni non scevre di danno per la madre. So ancor io che in grazia del perfezionamento dello strumentario, dell'abilità degli operatori e dell'antisepsi, i risultati ottenuti sono eccellenti. Io so che il prof. Pinard ha fatto un tempo un gran numero di basiotripsie senza alcun caso di morte, ma non tutti gli operatori furono così fortunati, e in tutte le altre statistiche si annovera qualche caso di morte. Bisogna poi e sopratutto tener calcolo che la sinfisiotomia salva i bambini invece di ucciderli, e perciò a conti fatti io credo che la superiorità debba restare alla sinfisiotomia.

VII.

Vengo ora alla questione del parto prematuro. Nelle mie comunicazioni anteriori io mi sono mostrato favorevole a tal pratica, e dissi che avrebbe fatto della cattiva chirurgia quell' ostetrico il quale consultato da una donna al 7.° od all'8.° mese avesse proposto di attendere il termine

della gravidanza per praticare la sinfisiotomia. *Confiteor;* vi prego di riflettere che allorquando io così parlavo, ero io solo per la sinfisiotomia e contro avevo tutti gli ostetrici, e tutto io volevo tentare a ciò che la sinfisiotomia fosse sperimentata, poichè l'esperienza doveva mostrarne l'efficacia e la utilità.

Ma ora che la sinfisiotomia annovera fra i suoi difensori distintissimi ostetrici, ecco quanto io credo più conforme alla buona pratica:

Le statistiche hanno dimostrato senza danno tutti i mezzi per provocare il parto prematuro, e dimostrarono altresì che per lo più i bambini nascon vivi. Ma volendo tener calcolo della fine, dello scopo del parto che è d'aver un feto vitabile, in allora siamo costretti a dire che i risultati sono deplorevoli. Tuttavia bisogna riflettere che la mortalità dei neonati prematuri è in relazione coll'epoca della interruzione della gravidanza. La maggior parte dei feti settimestri, o di quelli nati nel corso dell'8.° mese muore nei primi giorni, o nella prima settimana; quelli invece che nascono alla fine dell'8.° od al principio del 9.° mese hanno maggiori probabilità di sopravvivere, specialmente se attorniati da assidue e diligenti cure.

Io credo dunque che la questione potrebbe essere risolta nel seguente modo. Nella donna in cui il bacino vuole il parto prematuro alla fine del 7.° mese o nel corso dell'8.° (diametro promonto-pubico 70-81 millimetri) il miglior partito è quello di aspettare il termine e fare la sinfisiotomia.

In quelle invece in cui il bacino può permettere l'espulsione di un feto non a termine nella prima o nella seconda settimana del 9.° mese, è permesso ed utile di preferire il parto provocato alla sinfisiotomia.

VIII.

Nel fascicolo del febbraio 1893 degli *Annales de Gynécologie*, Varnier fece la esatta storia della sezione dei pubi, ed io non istarò a ripeterla, ma solo dirò che Aitken nel 1785 propose la sezione del pube o delle branche ischio-pubiche; tuttavia tra questa operazione e quella di Galbiati esiste una differenza importante.

Infatti l'ostetrico inglese lasciava intatta la sinfisi pubica, che il napolitano voleva incisa. E mentre che il primo formava una specie di

barriera mobile col segmento anteriore del bacino, destinata a cedere alla pressione del feto nell'atto del partorire, il secondo per converso, quando la sezione era praticata, apriva una porta a due battenti creando così un artificiale passaggio al feto. Io non parlerò della sezione unilaterale riconosciuta insufficiente dallo stesso Galbiati e dai suoi successori.

L'operazione di Aitken non risponde però al postulato che si era posto l'autore, imperciocchè il segmento anteriore del bacino anche quando le branche ischio-pubiche sono resecate, non può portarsi molto in avanti opponendosi i legamenti crurali ed i muscoli otturatori. Ed invece dopo la sezione dei legamenti che uniscono i corpi dei pubi, le due ossa segate potranno allontanarsi l'una dall'altra, e, resi mobili al punto di sezione, come sopra due vere cerniere, potranno gradatamente allontanarsi, fino a rendersi perpendicolari alle branche orizzontali dei pubi. Da quanto venni esponendo, sembrami assai strano che s'abbia potuto paragonare ad una simile operazione l'altra proposta da Faraboeuf ed eseguita da Pinard.

E di più la pubiotomia fu proposta per evitare la operazione cesarea ed Aitken nella conclusione al capitolo Pubiotomia, Embriotomia, Isterectomia, così si esprime: « Non potrebbesi egli forse quasi sempre evitare la isterectomia e l'embriotomia con una nuova pelvitomia? » E Galbiati dichiarava che egli colla sua operazione voleva aprire una porta ad uno o a due battenti nella metà anteriore del bacino allo scopo di permettere al feto di passare per questa porta crunata nella circonferenza del bacino, e tutto ciò per evitare la sezione cesarea che riesce quasi sempre mortale.

Invece la *ischio-pubiotomia laterale* fu creata per una malformazione speciale del bacino, e per la stenosi dovuta alla anchilosi d'una sinfisi sacro-iliaca, con appiattimento della cintura pelvica dal lato anchilosato (bacino ovolare obliquo di Naegele). Ai tempi di Aitken, questa alterazione era perfettamente sconosciuta, non solo, ma l'anchilosi sacro-iliaca costituiva una controindicazione della sinfisiotomia.

L'idea adunque di segare la cintura pelvica allo scopo di ingrandire il lato del bacino anchilosato nella sinfisi sacro-iliaca, è operazione affatto recente, come pure la sua tecnica operatoria. Infatti la divisione della articolazione interpubica nel bacino di Naegele riesce insufficiente,

Le esperienze di Faraboeuf dimostrano che nella sinfisiotomia l'aumento del diametro promonto-pubico non è sempre proporzionato al divaricamento dei pubi, che si va accentuando, cioè è appena sensibile nei primi centimetri di divaricamento, ma aumenta di molto ad ogni centimetro successivo. Se per esempio un divaricamento dei pubi di 3 cent., aumenta il diametro promonto-pubico di 8 mm., 3 cent. di più, danno un allungamento non di 8, ma di 12 mm.

Ciò posto, la sinfisiotomia in un bacino anchilosato sacro-iliaco-unilaterale non può concedere un aumento capace di lasciar discendere la testa del feto, perchè l'osso coxale dal lato anchilosato, dopo la sezione della sinfisi non può eseguire quel moto di rotazione che gli permetterebbe di ottenere da questo lato l'aumento necessario, moto che si ottiene invece dal lato opposto, se le articolazioni hanno conservata la loro normale mobilità. Supponendo che normalmente il divaricamento dei pubi sia di 6 centimetri, in questo bacino ristretto, di cui ora io mi intrattengo, l'aumento del diametro antero post. non sarebbe superiore a 30 millimetri, aumento insufficiente.

Invece segando la branca orizzontale del pube e l'ascendente dell'ischio, sezionando la membrana otturatoria, il lato anchilosato rimane immobile, ma il resto della cintura pelvica in grazia della sinfisi sacro-iliaca rimasta mobile si allontana, e per la cedevolezza della sinfisi pubica, allarga la propria curva.

Si conservano in tal guisa due cerniere flessibili, si dilata e si rende praticabile non solo il lato normale, ma anche una gran parte del lato ristretto del bacino.

Le figure schematiche di Faraboeuf dimostrano l'aumento che io ho accennato, del resto la pratica ha di già confermata la teoria (operazione di Pinard).

La ischio-pubiotomia è dunque una operazione affatto nuova con indicazioni speciali, guidata da concetti personali; essa non ha nulla di comune colle sezioni ossee di Galbiati e di Aitken ed è doveroso che si chiami operazione di Faraboeuf, dal nome del suo inventore.

STATISTICA.

Madri.

1.° Statistica di Varnier (dal 1887 al 31 marzo 1893): 124 casi.

2.° Statistica di Neugebauer (stesso periodo) (1): 178 casi.

Da questa statistica bisogna levare, come ha dimostrato Varnier, le cinque operazioni seguenti:

1. Novi, 8 gennaio 1887, la stessa dell' 8 gennaio 1886.
2. Osserv. 36, citata da Harris, non compresa nella statistica Morisani — incerta.
3. Osserv. 102, Fochier non fece la sinfisiotomia, ma la basiotripsia.
4. Osserv. 115, Cruzzi, è la stessa di quella del N. 45, Truzzi.
5. Osserv. 205, è l'ischio-pubiotomia di Farabeuf.

Così, ai 124 casi di Varnier, bisogna aggiungerne solamente	49
A cui vanno sommati 36 casi raccolti dal 1.° aprile alla fine di giugno 1893	36
Dodici casi che non hanno figurato nella statistica di Neugebauer . . .	12
Infine dal 1.° luglio al 31 dicembre 1893 ho potuto raccogliere 20 casi . .	20
Statistica di Varnier	124
Totale . . .	241

Mortalità materna totale 11. 6 0[0.

Questa cifra di mortalità ha bisogno di commenti, perchè non si può attribuire alla sinfisiotomia la morte di donne che soccombettero a malattie indipendenti dall'operazione, o ad infezioni preesistenti o contratte durante l' operazione. Noi non ci occupiamo qui che della sinfisiotomia asettica.

Bisogna dunque escludere dal quadro della mortalità i seguenti casi:

1. Ribemont.	Pneumonia da pneumococco.
2. Torngren.	Paralisi cardiaca.
3. Porak.	Perforazione uterina.
4. Maygrier.	Flegmasia. Morte improvvisa per embolia.

(1) Questa statistica comprende anche quelle di Morisani: dal 1776 al 1860; dal 1886 al 1880; dal 1881 al 1893; più i casi raccolti dal 1887 a tutto giugno 1893.

5. Olshausen. Eclampsia per lesioni renali.
6. Leopold. Prom.-pubico 60 mm. Embolia dell'arteria polmonare 4 settimane dopo l'operazione.
7. Kaschkaroff. Eclampsia. Ascite. Anasarca. Nefrite parenchimatosa.
8. Martino.
9. Beugnies.
10. Ribemont.
11. Lusk.
} Setticemia. Tentativo infruttuoso d'estrazione precedentemente alla sinfisiotomia.
12. Olivieri. Fu trascurata l'antisepsi. Travaglio 96 ore.
13. Schwartz. Tentativo di liberazione in città. Presentazione del tronco con procidenza del braccio sinistro. Tetania dell'utero. Scolo fetido. Prom.-pub. 60 mm.
14. Porak. Larga lacerazione della vagina comunicante con la ferita. Cavità coperta da false membrane. Probabile intossicazione proveniente dallo sfacelo della vulva e della vagina.
15. Koffer. Endometrite acuta. Suppuraz. della sinfisi sacro-iliaca sinistra.

In 11 altri casi, infezione contratta prima o durante l'operazione.

Restano solamente due casi di morte, quello di Tellier e quello di Treub. Le donne morirono d'emorragia.

Feti.

Operazioni 241 — Vivi 186 — Morti 55.

Bisogna levare:

1.° I feti che erano morti prima dell'operazione: 2 di Novi, Pantaloni — 2 di Queirel — 1 di Schwartz — 1 di Beugnies — 1 di Carbonelli . . 7
2.° Quelli che soccombettero per cause estranee all'operazione, per esempio:
a) Morisani. Vizio di formazione incompatibile colla vita 1
b) Varnier. Parto prematuro provocato. Peso 1,960. Estratto vivo, morto tre giorni dopo 1
c) Budin. Parto prematuro provocato. Sifilide 1
d) Ribemont. Pneumonia da pneumococco. Morte il 17.° giorno 1
e) Bouffe. Basiotripsia. Bacino obliquo ovalare 1
f) Maygrier. Basiotripsia. Fibroma pelvico 1
g) Potocki. Ruttura del cordone 1
3.° Quelli che sono morti per applicazione di forcipe, per versione o per altre manovre *prima dell'operazione* 11

Totale . . . 25

Restano 20 morti — Mortalità 12 0|0.

È necessario osservare che molti feti morti non erano a termine (combinazione Jacolucci); altri morirono in causa della lunga durata del travaglio e del ritardo nell'intervento. Non bisogna dimenticare che la causa della morte non è sempre indicata, e che in altri casi la colpa fu probabilmente dell' operatore, che non si assicurò della dilatazione del bacino prima di procedere all'estrazione del feto.

CONCLUSIONI.

Dopo ciò che ho esposto, io mi credo in diritto di formulare le seguenti conclusioni:

1.° La sinfisiotomia è una operazione perfettissima, giustificata dalle ragioni teoriche e dalle prove cliniche. Per suo mezzo un feto a termine bene sviluppato può attraversare un bacino angusto entro certi limiti = 67-88 mm. di coniugata.

2.° La sinfisiotomia a feto morto o gravemente compromesso nella sua vitalità è una cattiva operazione.

3.° L'operazione in generale va praticata nel parto a termine quando il travaglio è cominciato e progredita la dilatazione dell'orificio uterino. La lega tra la sinfisiotomia ed il parto prematuro nelle condizioni attuali della pratica non deve essere accettata. In qualche caso si può ricorrere a quella della sinfisiotomia con la embriotomia a feto morto.

4.° Il processo operativo da noi descritto è il più semplice e il più sicuro. È indifferente adoperare per il taglio della cartilagine inter-pubica la falcetta di Galbiati o un bisturì bottonuto a lama forta; si può fare il taglio dell'articolazione da basso in alto o d'alto in basso, ma è *sempre* indispensabile che sia tagliato il legamento sotto pubico.

5.° È necessario che l'ostetrico si assicuri dell'allontanamento delle ossa iliache dopo la operazione.

6.° Da 81 mm. di coniugata in sopra è utile, prima di tagliare la sinfisi, fare un discreto e prudente tentativo di estrazione col forcipe; sul quale però non si deve insistere molto nello interesse del feto.

7.° Il forcipe dopo il taglio della sinfisi è utile nel maggior numero dei casi ma *non indispensabile.*

8.° La sutura ossea e gli apparecchi d'immobilità non sono neces-

sarii, basta la sutura delle parti molli e una fasciatura contentiva: ma è un errore di interporre corpi estranei tra le labbra della ferita.

9.° La sinfisiotomia non deve essere comparata che con l'embriotomia a feto vivo e merita sotto tutti i rapporti di essere preferita. Essa è destinata a *sostituire la operazione cesarea* detta *di elezione.*

10.° Vuole essere seriamente discussa la quistione se convenga meglio praticare il parto prematuro nei casi di indicazione, nelle prime settimane del 9.° mese o aspettare il termine della gravidanza ed aprire la sinfisi. In epoca anteriore di gestazione, merita la preferenza la sinfisiotomia (a termine).

11.° L'ischio-pubiotomia è totalmente diversa dalla pubiotomia di Aitken e di Galbiati, essa può prendere il nome del suo inventore (operazione di Faraboeuf); costituisce una preziosa risorsa nelle angustie determinate da anchilosi di una delle sinfisi sacro-iliache (bacino obliquo ovulare di Naegele).

12.° Risultati gravi della sinfisiotomia si verificarono allorchè essa fu praticata *al di sotto* dei limiti della sua indicazione, e derivarono: *a*) dall'epoca del travaglio in cui si operò; *b*) dal modo di esecuzione; *c*) dai maltrattamenti precedenti delle parti genitali; *d*) dalle condizioni speciali della operata. La morte dei feti deve essere attribuita: *a*) a tardo intervento; *b*) a circostanze accidentali; *c*) ai mezzi accessorii adoperati nell'estrazione.

CLINICA OSTETRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal Prof. **Tibone**

SULLA CONTRAZIONE E RETRAZIONE DELL' UTERO
e sulla pressione endouterina e vaginale nel periodo del secondamento

MEMORIA RIASSUNTIVA
DEL DOTT. PIETRO CAVIGLIA, ASSISTENTE

Il contributo ch' io desidero di portare allo studio del secondamento fisiologico si basa sulla misura della pressione cui sottostà la placenta in tutto il periodo del secondamento; e il mezzo che mi parve non solo più ovvio, ma più esattamente rispondente alle condizioni fisiologiche dello esperimento è stato quello di far servire la vena ombellicale da tubo di trasmissione, e mettere così il sangue contenuto nella placenta in comunicazione con un manometro.

La tecnica dell'esperimento è molto semplice. Avvenuta la espulsione del feto, recido il cordone ombellicale in vicinanza dei genitali materni, e subito innesto nella vena una cannula di vetro, la quale, coll'intermezzo di una soluzione di carbonato di sodio, mette in comunicazione il sangue della vena con un manometro a mercurio armato di penna scrivente; questa poi vien messa in contatto col cilindro del motore Marey.

Con questo metodo ottenni 23 tracciati, e la sensibilità dello apparecchio alle menome pressioni praticate artificialmente sull' utero e sul cordone mi assicuravano che il sistema era perfettamente pervio, senza chiusure dovute a coaguli sanguigni.

Il diagramma-tipo presenta dapprima alcune ondulazioni molto spiccate, indi il tracciato diventa press'a poco pianeggiante. A un dato momento si eleva di nuovo rapidamente e poi si abbassa, mentre si vede la placenta fuoruscire dai genitali esterni.

Questo l'andamento generale della curva; nella quale ritengo opportuno distinguere due parti: la prima, quella delle ondulazioni, che, come vedremo, corrisponde allo stadio in cui la placenta è racchiusa nella cavità uterina; e la seconda, in cui la placenta è discesa nel segmento inferiore e nella vagina.

I.

Placenta nell' utero. — Le grandi ondulazioni che si delineano nel principio del diagramma sono senza alcun dubbio dovute alle contrazioni uterine: se anche non ne fossi accertato dal riscontro fatto colla palpazione dell'utero, lo dimostrerebbe all' evidenza la forma della curva, la quale ha l'andamento tipico della contrazione uterina nel parto: ascesa lenta, apice arrotondato, discesa lenta, qualche volta più lenta, più obliqua dell'ascesa. La durata di ogni contrazione è in media di 1 minuto, e le pause variano d' assai, da 30 secondi a 2 minuti, ma per ogni donna sono sensibilmente uguali. La distanza fra l'acme di una contrazione e l'acme della successiva corrisponde in media a 2 minuti (massima 3'. 30", minima 1'). Di più l'intervallo fra l'ultima contrazione del periodo espulsivo e la prima del periodo del secondamento equivale con grande approssimazione alla pausa che intercede fra le contrazioni successive. Lo che significa che il ritmo della contrazione uterina non subisce una interruzione sensibile nel passaggio da un periodo all'altro del parto.

Ed ora vengo a studiare sul tracciato le varie fasi del secondamento. Anzitutto l'ultima contrazione che si manifesta sul diagramma ci segna il momento in cui tutta la placenta viene cacciata nel segmento inferiore dell'utero o nella vagina. A partire da questo momento, per quanto siano forti le contrazioni uterine, queste non si faranno più sentire sul tracciato: la placenta è sottratta per intero all'azione comprimente dell'utero. Anzi in due osservazioni (IV e X), l'istante in cui la placenta varca l'anello di Bandl è segnato in modo anche più preciso. All'acme dell' ultima contrazione il tracciato ripiegasi bruscamente in basso con una discesa quasi verticale e si continua nella linea orizzontale di cui parlerò fra poco.

In altri diagrammi l' andamento della curva mi dimostrava che la cacciata della placenta dal corpo dell'utero era avvenuta in più riprese,

cioè gradatamente per opera di più contrazioni, e probabilmente il distacco e l' espulsione si erano fatti per un margine. Infatti, mentre in nessun'altra osservazione trovai una tendenza delle contrazioni ad indebolirsi durante il progresso del secondamento, nei casi dei numeri XVII e XV trovo l'ultima ondulazione molto meno alta delle precedenti: lo che mi fa pensare che questa ultima contrazione, pur essendo d'intensità normale, non si manifestava integralmente sul tracciato perchè la contrazione medesima non agiva che su di una porzione della placenta, l'altra essendo già passata nel segmento inferiore.

L' espulsione parziale mi è rivelata anche più spiccatamente dai tracciati III, IX e XVII; in questi la penultima ondulazione presenta lungo la linea ascendente una incisura caratteristica, per cui la curva discende bruscamente per risalire in breve e completare il tracciato discendente della contrazione. Ciò significherebbe che, prima che la contrazione abbia raggiunto l' acme, la placenta viene espulsa in parte e rimane come incastonata, parte al di là e parte al di qua dell'anello di Bandl; ed è poi necessaria un' ultima contrazione per cacciarla intieramente in vagina.

Anche l'espulsione precoce della placenta dall'utero può essere studiata sui tracciati: infatti nelle osservazioni VI, VII, XIV, XIX e XXII manca affatto qualsiasi traccia di contrazione uterina. E non è a dire che la contrazione siasi esplicata nell'intervallo che corse fra la nascita e il principio dello esperimento, perchè questo intervallo fu in tutti questi casi molto breve, al massimo di 1 minuto. Evidentemente quando il feto venne alla luce la placenta scese immediatamente nella vagina: gli ultimi dolori espulsivi avevano prodotto e il distacco e la cacciata delle secondine dalla cavità uterina. E mi pare degno di considerazione questo rilievo che l'espulsione precoce dev' essere assai più frequente che non si creda, se sopra 23 casi se ne trovano ben 5, ossia il 22 0[0. Come anche mi pare notevole il fatto che i due soli casi occorsimi ne' miei esperimenti, di parto podalico (numeri VI e VII), abbiano presentato entrambi la particolarità della espulsione prematura della placenta dall' utero.

Siccome i diagrammi sono disegnati dalla penna del manometro, così le altezze della curva corrispondono alle pressioni cui sottostà la placenta nei varî momenti dell' esperienza. E qui occorre un' avvertenza.

Quando la placenta è totalmente espulsa fuori dei genitali, il sangue contenutovi, per la poca distendibilità dei vasi placentari, si trova ancora sotto una certa pressione, cosicchè il manometro invece di abbassarsi fino allo zero, si mantiene ad un' altezza, che, come appare dalla col. 10 della tabella riassuntiva qui annessa, è in media di mm. 18,7 di mercurio. Questa cifra rappresenta dunque la pressione propria dei vasi placentari, dovuta alla tensione delle pareti vascolari, e non dipende menomamente da compressioni estrinseche esercitate sulla placenta; cosicchè per determinare con esattezza il valore della pressione prodotta dalle pareti utero-vaginali, sarà necessario detrarre dalla cifra lorda indicata dal manometro la pressione propria dei vasi placentari. Così ho fatto, e le cifre raccolte nelle colonne 7, 8, 9 e 10 della tabella, sono cifre già corrette, colla deduzione cioè del valore indicato alla col. 10. Allorquando difficoltà pratiche m' impedirono di misurare questa pressione propria, la deduzione fu di 19 mm., ossia del valore medio risultante dalle altre osservazioni. Occorre appena avvertire che, siccome mi servivo di un manometro ad U, i valori desunti dalle altezze del tracciato dovettero essere duplicati.

Num. d' ordine	Intervallo fra la nascita e l' inizio della esperienza	Numero delle contrazioni	Permanenza della plac.ª nell' utero	Pressione media					Intervallo fra le contrazioni	Annotazioni
				nell' utero contratto	nell' utero rilasciato	nel segm. inferiore e in vagina	vulvare	propria dei vasi placentari		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I	—	3	—	67	13	30	—	—	1'. 27"	
II	—	2	—	98	17	—	48	12	3'. 15"	
III	—	3	—	62	21	24	26	14	—	
IV	0'. 40"	1	1'. 45"	52	14	14	—	—	—	
V	1'. 30"	3	11'. 50"	57	6	23	36	—	3'. 25"	
VI	1'. 00"	0	0	—	—	49	—	—	—	Rivolgimento.
VII	0'. 20"	0	0	—	—	22	42	23	—	Presentazione podalica.
VIII	0'. 20"	1	3'. 20"	60	2	12	25	25	1'. 30"	
IX	0'. 26"	3	4'. 40"	55	27	26	56	16	1'. 30"	
Da riportarsi.		16	21'. 35"	451	100	200	233	90	11'. 7"	

Num. d'ordine	Intervallo fra la nascita e l'inizio della esperienza	Numero delle contrazioni	Permanenza della plac.ª nell'utero	Pressione media					Intervallo fra le contrazioni	Annotazioni
				nell'utero contratto	nell'utero rilasciato	nel segm. inferiore e in vagina	vulvare	propria dei vasi placentari		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Riporto .		16	21'. 35"	451	100	200	233	90	11'. 7"	
X	0'. 20"	1	1'. 50"	69	30	27	—	—	1'. 30"	
XI	0'. 40"	2	7'. 30"	68	19	31	—	—	3'. 20"	
XII	0'. 30"	1	5'. 00"	50	8	16	—	19	2'. 20"	
XIII	1'. 45"	2	5'. 30"	47	28	—	—	—	2'. 27"	
XIV	1'. 00"	0	0	—	—	3	10	23	—	
XV	0'. 30"	2	2'. 30"	—	—	—	—	—	1'. 13"	
XVI	1'. 5"	2	6'. 20"	47	7	17	—	—	3'. 00"	
XVII	0'. 32"	2	4'. 00"	51	16	22	62	40	1'. 30"	
XVIII	0'. 34"	oltre 13*	oltre 13'	72	24	—	—	—	1'. 20"	
XIX	0'. 40"	0	0	—	—	23	48	12	—	
XX	1'. 00"	1	2'. 50"	51	8	12	—	16	1'. 45"	
XXI	0'. 37"	1	1'. 30"	70	18	—	—	12	—	
XXII	0'. 33"	0	0	—	—	18	47	13	1'. 20"	
XXIII	0'. 45"	oltre 9*	oltre 16'	71	24	—	—	—	1'. 57"	
Totale .		52	87'. 35"	1047	282	369	400	225	32'. 49"	
Medie .		2. 3	4'. 23"	61. 6	16. 6	21. 7	40. 00	18. 7	2'. 3"	

Dalle cifre ricavate a questo modo dai tracciati, e raccolte nella tabella, deduco adunque che, durante la contrazione uterina, la pressione subìta dalla placenta è in media di 61, 6 mm. di mercurio. La pressione massima osservata fu di 108 mm. (2.ª contrazione della osservazione II); la minima di 38 (2.ª contrazione della osservazione XVII). A questa ultima cifra però io non annetto un'assoluta precisione, perchè ho ragion di

* Nelle osservazioni XVIII e XXIII non si poterono registrare tutte le contrazioni per insufficiente altezza del cilindro.

credere che in questi casi di pressione molto bassa si trattasse in realtà non di contrazione debole, ma di espulsione parziale della placenta dell'utero. Per questa stessa considerazione bisognerà ritenere che la cifra media sopra indicata di mm. 61, 6 sia, benchè certo di poco, inferiore al vero.

Nella pausa fra le contrazioni la pressione endouterina è di mm. 16, 6; il massimo (osservaz. IX) di mm. 29; il minimo (osservaz. XX) di mm. 4. Come si vede, la forza sviluppata dalla sola retrazione uterina è molto esigua, e non è ammissibile sia sufficiente a vincere l'aderenza della placenta.

Se poi ricerco quante contrazioni occorrono pel distacco e per la cacciata della placenta al di qua dello anello di Bandl, la colonna 3 mi dimostra che da zero contrazioni (espulsione precoce) si arriva sin oltre alle 13 contrazioni; al di là di questo limite non potei ottenere la registrazione per la insufficiente altezza del cilindro Marey. In media il numero delle contrazioni che occorrono per distaccare e mandar in vagina la placenta è di 2, 3.

Infine ho voluto indagare per quanto tempo la placenta rimane nella cavità dell'utero; le cifre della col. 5 dicono che si va da zero minuti (espulsione precoce) fino al di là di 16 minuti; la media è di 4'. 23".

II.

Placenta nel segmento inferiore dell' utero e della vagina. — Il secondo stadio delle esperienze è, come dissi, caratterizzato dall'andamento press'a poco orizzontale del tracciato. Vi si notano qua e là oscillazioni irregolari dovute a movimenti del corpo, a colpi di tosse, a manovre praticate nell' utero, e in un caso si notarono anche ondulazioni respiratorie.

Qui mi si affaccia il quesito, se il segmento inferiore dell'utero possa esercitare colla propria contrazione una pressione sensibile sulla placenta. Se questa contrazione si manifestasse realmente, il diagramma dovrebbe avere il seguente andamento: dapprima una serie di contrazioni forti (corpo dell'utero), poi un'altra serie, forse più lunga, di contrazioni più deboli (segmento inferiore). Invece nulla di tutto ciò: nei 23 diagrammi da me ottenuti, benchè la sensibilità dell'apparecchio non

lasciasse a desiderare, le ondulazioni da contrazione conservano assai sensibilmente la medesima altezza, e da questo stadio si passa senza transizione al secondo stadio, ove il tracciato si mantiene orizzontale. Faccio eccezione per le osservazioni XII e XV, nelle quali l'ultima contrazione, assai più debole, si spiega, come è già detto, per la espulsione incompleta della placenta. Bisogna quindi ammettere che, se il segmento inferiore dell' utero conserva il potere contrattile (lo che teoricamente non si può mettere in dubbio), le contrazioni sue sono estremamente deboli, tanto che il manometro a mercurio non se ne risente affatto.

Lo stesso dicasi delle contrazioni della vagina, che qualche autore volle trarre in campo come fattore della espulsione della placenta. Anche la vagina è un canale indubbiamente contrattile (e su questo argomento ho appunto in corso una serie di ricerche), ma le contrazioni sue sono di così poca intensità che si richiedono apparecchi di speciale sensibilità per rilevarle e misurarle.

Accennerò ancora come i diagrammi non diano nessun indizio del passaggio della placenta dal segmento inferiore dell' utero alla vagina. Per quanta accuratezza io abbia impiegato nel misurare le altezze manometriche in questo 2.° stadio, io non trovai che il tracciato avesse in menomo grado un andamento discendente o ascendente: in altri termini non rilevai alcuna differenza di pressione in più o in meno dal segmento inferiore uterino alla vagina. Era degno di nota però il fatto che la pressione vaginale è superiore alla pressione dell'utero allo stato di riposo, alla pressione cioè risultante soltanto dalla retrazione uterina: la pressione vaginale è in media di 21,7 mm.

Non mi parve necessario nè opportuno attendere sempre che il secondamento si effettuasse per intero spontaneamente. Allorchè il 2.° stadio dell' esperimento si prolungava alquanto, intervenivo, come si pratica comunemente, colla spremitura, abbandonando però immediatamente la pressione quando la placenta cominciava a comparire ai genitali. A questo punto la pressione si alzava rapidamente raggiungendo il massimo (che in media fu di 40 mm. — vedi col. 8) allorchè la placenta varcava l' orificio vulvare, e subito discendeva al limite minimo della pressione propria della placenta.

I limiti di tempo impostimi per questa comunicazione mi vietano di addentrarmi in discussioni cui forniscono argomento i dati ricavati

dalle mie ricerche, specialmente per ciò che riguarda la retrazione uterina. Di ciò tratterò in altra occasione. Ora pongo termine a quanto dissi finora colle seguenti conclusioni:

1.° La contrazione dell'utero nel periodo del secondamento produce una pressione media di 62 mm. di mercurio (massima 108, minima 38). Ad utero rilasciato la pressione media è di 17 mm. (massima 29, minima 4).

2.° Per distaccare la placenta e cacciarla nel segmento inferiore occorrono in media 2 contrazioni (massima oltre 13, minima 0 — distacco precoce). Gli intervalli fra l'acme di una contrazione e l'acme della successiva durano in media minuti 2'. 3" (massima 3'. 30", minima 1') e per ogni donna sono sensibilmente uguali.

3.° Il tempo necessario per cacciare interamente la placenta dalla cavità uterina è di 4'. 23" (massima oltre 16', minima zero — espulsione precoce).

4.° Durante il passaggio nel segmento inferiore dell'utero e nella vagina, la pressione cui sottostà la placenta è in media di 22 mm. (massima 52, minima 8) e si mantiene sempre sensibilmente alla medesima altezza. Nel passaggio attraverso all'orificio vulvare la pressione si eleva a mm. 40.

5.° La sola retrazione uterina esercita sulla placenta una pressione assai scarsa, inferiore alla pressione vaginale; ed è perciò molto inverosimile che possa costituire un fattore del distacco della placenta.

Sulle infiammazioni pelviche della donna

E LORO TRATTAMENTO RAZIONALE SECONDO LA CLINICA

PER IL

Dott. CELESTINO M. DE ARGENTA

Direttore di una Clinica Ginecologica e Professore di Ginecologia a Salamanca

---

I.

Considerazioni preliminari.

Attualmente i concetti che informano la dottrina ginecologica delle infiammazioni pelviche attraversano, per ciò che riguarda il loro trattamento razionale, un periodo di transizione. Ciò dipende da parecchie circostanze. Per la perfezione a cui si è arrivati nella conoscenza della patogenesi di questa forma, rispetto all'anatomia patologica e topografica, colla semeiotica e coi mezzi di diagnosi clinica, nonchè in grazia anche della moltiplicità degli atti operativi messi in pratica in questi ultimi anni, allo scopo di eliminare tante cause di sofferenza nelle donne, si potè apprezzare con molta precisione le innumerevoli forme morbose. Si venne così a precisare la semeiologia di molte lesioni, controllata poi dal clinico ginecologo nell'esaminare le inferme che si sottoponevano a quella diagnosi.

Oltre di ciò il continuo ripetersi di interventi chirurgici diretti a curare le lesioni degli annessi uterini, hanno fatto sì che oggi la ginecologia possieda dei mezzi di diagnosi molto precisi per conoscere la intensità, la moltiplicità, l'estensione delle lesioni infiammatorie degli organi intrapelvici; quindi il ginecologo pratico nella grande maggioranza dei casi può predire l'esatto risultato della terapia che deve istituire per poter prima dominare e più tardi vincere il problema clinico ginecologico che gli si presenta.

Si sa che nella patologia speciale ginecologica le *forme più gravi* sono quelle che prendono piede *al di fuori dell'utero,* cioè nelle ovaie e nelle tube, nel tessuto cellulare-peritoneo-pelvico, e nei legamenti uterini. Questi fatti vengono per lo più scoperti solo dal ginecologo; essi di solito rimangono ignorati nell'inizio della loro evoluzione fino al momento in cui le ammalate entrano nelle cliniche ginecologiche in cerca di una diagnosi seria, e cioè quando i dolori tubarici, ovarici, suppurativi sono già intollerabili ed hanno creato una situazione difficilissima all'ammalata.

Quando il ginecologo è consultato a tempo e le lesioni possono ritenersi ancora nel loro cammino evolutivo, ascendente, esse si possono riparare con un intervento terapeutico conservatore, senza dover ricorrere a mutilazioni chirurgiche, le quali per lo più, pure essendo innocue, privano la donna di organi e funzioni di altissima importanza sociale quali sono quelli della riproduzione.

Col metodo conservatore non solo si curano lesioni pelviche infiammatorie quando siano nel loro principio, ma si possono curare dei casi accompagnati da un quadro di sintomi che potevano far pensare anche alle più ardite operazioni laparotomiche.

Regna ancora fra i ginecologi una certa confusione intorno alla varia importanza che hanno nella produzione delle infiammazioni pelviche il peritoneo pelvico, il tessuto connettivo degli organi della piccola pelvi, i linfatici, l'utero, le trombe e le ovaie.

È per questo motivo che vediamo sorgere tra gli autori opinioni varie sull'argomento. Puzos per esempio e i suoi allievi, le credono prodotte dalla soppressione della portata lattea; Capuron e la sua scuola le fa derivare dalla metriperitonite; Grisolle e Bourdon confondevano insieme la cellulite pelvica suppurata e gli ascessi della fossa iliaca; Nonat, Valeix, Martin, e Gallard-Thomas, facevano dipendere tutte le infiammazioni pelviche dal tessuto cellulare; Bernutz e Goupil al contrario ne accusavano il peritoneo pelvico; Simpson e Duncan ammettevano ambedue queste ultime cause; Virchow creò per queste lesioni le voci di parametrite e perimetrite; L. Championnière credette che originassero dai linfatici e allora si creò il concetto di una linfangioite circum-uterina; A. Guerin creò il nome di adeno-flemmone giusta-pubico. Contemporaneamente a questa espressione nacque quella di adeno-linfite,

con cui G. De Mussy, Siredey, Martineau, Poirier in Francia, Freund, Olshausen e Spiegelberg in Germania, chiamavano queste infiammazioni circoscritte. Nel punto più saliente di questa discussione Aran precedendo quelli della sua epoca, emise (quantunque timidamente), l'idea che il principio delle infiammazioni pelviche si annidasse negli annessi dell'utero, però la mancanza di una dimostrazione chiara e fedele dei fatti da parte dell'autore citato, fece sì che un pensiero così giusto passasse inosservato.

Al giorno d'oggi la miglior dimostrazione pratica delle lesioni infiammatorie pelviche, ottenuta coi pezzi anatomo-patologici provenienti dalle operazioni chirurgiche che in questi ultimi anni furono così frequenti, ha prodotto la tendenza a fissare nelle tube e nelle ovaie il primo inizio delle infiammazioni pelviche; il Pozzi si attiene specialmente a questa teoria e la sostiene di fronte ad eminenti ginecologi, quali come il Freund, il Martin, l'Olshausen, il Championnière che conservano nelle loro descrizioni nosografiche i termini di peri e parametrite.

I casi pratici da me osservati mi hanno convinto che la denominazione di perimetro-ooforosalpingite (e per brevità quello di perimetro-salpingite) che Pozzi dà ai processi infiammatorii pelvici, comprende meglio le lesioni anatomiche e cliniche in questione. Ho potuto controllare in un'ammalata della mia clinica affetta da salpingite purulenta (che in causa di una intemperanza di regime ebbe a peggiorare), la diffusione del processo infiammatorio in modo da aversi una perimetro-salpingite acuta. Se ciò mi fu provato dalla clinica, razionalmente posso credere che avendo l'utero e la tuba una stessa origine embrionale, l'infiammazione di uno di questi organi dovrà propagarsi all'altro, tanto più che la intima solidarietà e la stretta continuità di tessuti che esiste in tutta la lunghezza dell'apparato genitale interno, facilita la diffusione dell'infezione dal focolaio infettivo primitivo dovunque esso sia verso i punti più lontani. Così per esempio l'infezione puerperale della mucosa uterina può determinare l'infezione di quella tubarica e questa infettare a sua volta l'ovaio e di qui può l'infezione propagarsi ai legamenti larghi, al peritoneo pelvico della tasca del Douglas ecc., e l'infezione blenorragica di cui si conosce la predilezione per la tuba s'estende di qui verso i tessuti analoghi.

Io ritengo quindi che gli studii clinici delle infiammazioni pelviche,

delle ovaie e delle tube debbano essere riuniti in un sol gruppo, tanto dal punto di vista etiologico, quanto dal punto di vista anatomo-topografico, comprendendo tutte queste lesioni sotto il nome di infiammazioni pelviche della donna. Bisogna tener presente una circostanza: quando l'infiammazione tubarica ha chiuso l'ostio tubarico uterino e si è agglutinato il padiglione della tuba, la ritenzione dei prodotti patologici della tuba dà luogo alla piosalpinge; essa si confonde nelle sue ultime fasi cogli ascessi pelvici della perimetro-salpingite suppurata.

II.

Dati eziologici che servono di base clinica al trattamento razionale delle infiammazioni pelviche.

È un precetto tradizionale nella scienza medica che il *fattore etiologico* per la sua importanza è il primo tra i fattori che intervengono a risolvere il problema clinico, è quello che viene ad istituire l'indicazione terapeutica.

Questo precetto è un tratto della osservazione continua degli scienziati. Questi hanno visto che la natura provvede sollecita a liberare l'organismo dagli agenti che determinano l'infezione, adoperando i leucociti e i fagociti e cerca di sostenere con le sue massime energie la barriera insormontabile che vorrebbe frapporre all'invasione microbica in primo tempo, e alle produzione delle tossine in seguito.

Quando gli elementi difensori della salute umana vincono la battaglia incominciata, scompare rapidamente la malattia senza ulteriori lesioni: quando il potere fagocitario dei nostri mezzi di difesa non manifesta il vigore necessario per opporsi ai progressi dell'infezione, questa seguita il suo corso ora rapido (portando la morte dell'infermo), ora lento, producendo delle lesioni organiche e dei processi infiammatori, i quali procedendo in seguito, verranno ad infirmare le funzioni dell'organismo e per ultimo a produrre la morte dell'ammalato.

In grazia dei progressi fatti nella scienza per mezzo delle ricerche batteriologiche, noi possiamo oggi precisare con esattezza un certo numero di problemi clinici per il motivo che ne conosciamo meglio i mo-

menti etiologici. In molti casi potremo impedire il manifestarsi di un'infezione con una profilassi scientifica. In altri casi quando l'infezione si sarà già manifestata potremo frenarne gli effetti e provvedere alla salute dell'individuo.

Le ricerche batteriologiche hanno potuto provare che l'organismo risponde sempre in modo eguale allo stimolo morboso dei micro-organi, determinandosi delle lesioni in tutto simiglianti, anche quando l'agente infettivo non sia il medesimo. Ciò si può vedere p. es. nei casi di salpingite-ovarite nei quali si rivelano le medesime lesioni nei tessuti, tanto se sono dovute a infezione puerperale o a infezione blenorragica.

Alla migliore conoscenza dei momenti etiologici si è aggiunto anche la nozione perfetta della profilassi delle infezioni puerperale, che come si sa, sono prodotte dall'infezione provocata dagli streptococchi e stafilococchi piogeni. L'asepsi ostetrica è fondata quindi sopra una solida base, la quale viene per tal modo a diminuire i casi di infezione puerperale nelle sue varie forme; si può dire senza timore di errare che quando si manifestano in questo terreno dei casi d'infezione, ciò è dovuto alla trascuranza o di dettagli o addirittura delle basi dell'asepsi ostetrica; infine a questi perfezionamenti tecnici si deve il fatto (una volta che sia stabilita l'infezione puerperale), che si possa artificialmente favorire il fagocitismo e lo stato bactericida naturale, contribuendo alla distruzione microbica e alla attenuazione della virulenza delle tossine, come pure alla reintegrazione anatomo-fisiologica del territorio organico dove si combatte il fenomeno morboso mediante la terapia antisettica.

Già da molto tempo i ginecologi sospettavano che l'infezione puerperale e gonorroica fossero responsabili dell'origine delle infiammazioni dell'apparato genitale interno. Schroeder nella sua opera « Malattie degli organi genitali della donna » parlando dell'etiologia dell'endometrite si esprimeva in questi termini: « Le cognizioni moderne esigono che concediamo un'importanza specialissima alla penetrazione nella cavità uterina di agenti nocivi prevenienti dall'esterno. Tutto ciò che sappiamo di certo è che l'infezione blenorragica producendo l'endometrite acuta e cronica, spiega un'importanza principalissima nell'etiologia delle malattie dell'endometrio. »

Questa intuizione ammirabile fu solennemente confermata in grazia dei lavori di Doléris, Pasteur, Peraire, Stinzschneider, Winter, Goenner,

Doederlein, Strauss, Sanchez di Toledo, i quali hanno dimostrato che le infezioni puerperali e gonorroiche determinate dallo streptococco piogeno e dal gonococco di Neisser, quando hanno passato il periodo più acuto senza avere determinato la morte (nei casi di puerperalità), hanno origine da una endometrite cronica con molte alterazioni istologiche tra cui troviamo la endometrite ghiandolare e la emorragica.

Siccome in clinica non si osserva mai un' endometrite senza che anche la mucosa tubarica sia affetta con uguale o maggiore intensità morbosa, risulta come conseguenza logica che l'infezione delle tube debba essere più grave perchè esse sono collocate più profondamente e quindi non accessibili ai mezzi di cura; affermazione che va d'accordo con le necroscopie praticate da Winckel e da Galabin.

Oltre di ciò la forma istologica speciale della mucosa della tuba nelle cui numerosissime pieghe i microrganismi possono annidarsi e riprodursi in numerosissime colonie e soggiornarvi per molto tempo dopo che sono scomparsi dalla mucosa uterina, ci spiega la gravità speciale dell' infezione delle tube.

In quanto all'agente più frequente dell'infezione tubarica, questo è il gonococco come ha provato Noeggerath, Zweifel, Rosthorn, Schmidt, Charrier, Wectermark e Menge, i quali hanno sanzionato il fatto con le osservazioni cliniche che provano come nel 75 p. 0[0 dei casi di salpingite della moglie, il marito abbia sofferto o durante il matrimonio, o durante il celibato, una o varie infezioni blenorragiche, contaminando così la moglie e rendendosi responsabile di quegli aborti di pochi giorni e di pochi mesi che sono così frequenti nei primi tempi del matrimonio.

Vi sono dei casi in cui non si può trovare il gonococco che servirebbe a precisare la diagnosi di infezione blenorragica e si trova solo il diplococco aureo o albo, ma ciò non ostante non si può negare in modo assoluto l'origine gonorroica dell'infezione; bisogna tener presente quanto ha detto Bouchard alla facoltà di medicina il 27 maggio 1890, che cioè delle secrezioni batteriche ve ne sono alcune le quali sono nocive per la vita del microbo che la segrega, e può invece favorire la vita e la moltiplicazione di altre forme secondarie.

Tanto l'infezione puerperale quantò l'infezione blenorragica danno luogo a delle infiammazioni pelviche. Io ho parlato specialmente della salpingite gonorroica perchè questa è il focolaio principale delle infiam-

mazioni del pavimento pelvico. Questo però va inteso come causa determinante, perchè dei microrganismi incontrati nelle infiammazioni pelviche di origine puerperale il più frequente è lo streptococco piogeno. Nei casi di infiammazione pelvica si vede esattamente confermarsi la verità espressa da Bouchard quando disse che quanto maggiore è la recidività morbosa e meno intensa è la lesione locale; e che quando il potere fagocitario è maggiore ed esiste una graduale immunizzazione naturale, la lesione locale è maggiore dell'infezione generale, ragione per cui un piosalpinge può stare tanto tempo latente.

La mancanza assoluta dell'osservazione dei precetti di asepsi ostetrica che esiste in questi paesi dove io esercito, mi ha dato occasione di esaminare molti casi di infiammazioni pelviche; queste infezioni così frequenti non hanno ancora potuto persuadere nessuno a generalizzare la terapia antisettica per combatterle quando sono nel loro inizio. In questi paesi non si curano le lacerazioni cervicali e perineali che sono pur molto frequenti; non solo queste non si prevengono, ma l'integrità delle parti non viene ristaurata e si abbandonano alla stato settico. Nell'eziologia delle infezioni pelviche debbo ricordare i casi di aborti incompleti in cui una porzione degli annessi fetali ritenuti nella cavità uterina si prestano come un ottimo terreno di coltivazione dei microrganismi piogeni che vi germinano, preparando gli elementi per la propagazione del contagio infettivo.

Non mancano autori i quali hanno assegnato all'isterometria la responsabilità di produrre infiammazioni pelviche, fino al punto di proscrivere in modo assoluto l'uso di un mezzo tanto prezioso di esame ginecologico, e incorrono in un grave errore di raziocinio questi ginecologi così antiquati che vorrebbero trascurare nell'esame ginecologico le cautele antisettiche, per cui si può praticare una disinfezione della vagina, del canal cervicale e della cavità uterina ed esaminare le ammalate, premettendo una metodica irrigazione antisettica e steriliżzando l'isterometro prima d'introdurlo nell'utero ed evitare così di trasportarvi i germi patogeni che Winter ha dimostrato esistere in gran numero nella vagina, nel canal cervicale dell'utero, i quali non aspettano altro che l'imprudenza di un esame ginecologico mal fatto per far esplodere il loro potere infezioso.

Con ugual meccanismo l'infezione può essere propagata da tutte le

condizioni che arrestano il flusso delle secrezioni della mucosa cervicale nella cavità del collo e così pure agisce anche la masturbazione.

Infine come causa delle salpingiti troviamo il bacillo di Koch, che può produrre la salpingite tubercolare, le atresie e i vizi di conformazione delle trombe, per cui vengono ritenute nelle cavità tubariche le secrezioni della mucosa tubarica, come ebbe a segnalare Freund, nonchè l'infezione settica intestinale, come venne constatato da Pozzi in tre ammalate.

III.

Trattamento razionale delle suppurazioni pelviche seguito nella Clinica.

La salutare reazione che attualmente attraversa tutta la chirurgia, si è fatta sentire sopratutto nella ginecologia; così alla foga operatoria caratteristica in questi ultimi anni (per la quale si sono mutilati tessuti, si sono estirpati organi importanti, non rispettando in niente l'integrità anatomica della donna, condannata ad una sterilità irremediabile, impedendole di poter compire il più ammirabile, il più nobile, il più santo de' suoi ministeri sociali, privandola coll'estirpazione de' suoi genitali interni, del più ineffabile e adorabile dei sentimenti, quello della maternità), si è sostituito il criterio conservatore, ridonando al clinico ginecologo un giusto prestigio che stava per eclissarsi.

Al delirio chirurgico che era cresciuto fino al punto che molti medici moderni credevano di non trovarsi all'altezza dei nostri tempi se non potevano presentare nessuna operazione del ventre insieme al loro corredo scientifico, delirio chirurgico che per alcuni si spinse fino al punto da mettersi ad operare appena si credevano in presenza di una affezione degli annessi uterini, si sostituì da parte del ginecologo quel faticoso lavorìo intellettuale di analisi diagnostica accurata, col quale solamente si può arrivare alla conoscenza esatta dei processi morbosi; lavorìo che è tanto necessario e benefico quanto poco brillante e simpatico se si paragona colla diagnosi anatomica un intervento operativo compito.

Era una necessità sentita da tutti i propugnatori del vero progresso ginecologico, che a questa êra di delirio chirurgico ne seguisse un'altra

in cui il prestigio della clinica conquistasse il suo importantissimo posto, concedendo ai risultati ed ai mezzi di ricerca clinica quella supremazia che essa è chiamata ad ottenere nel trattamento delle lesioni degli annessi uterini, che fu la prima fonte delle cognizioni medico chirurgiche, effettuandosi così una vera selezione terapeutica che assegnerà come tributarie della terapia operatoria ginecologica solo quelle lesioni infiammatorie pelviche la cui cura perfetta e completa non si potrà conseguire coi mezzi di una terapia medica antisettica.

Questa selezione ha già prodotto per effetto di diffondere la cura conservatrice coll'ittiolo nella gran maggioranza dei casi d'infiammazioni pelviche, come pure di attendere alla miglior conoscenza odierna della eziologia delle forme infettive. Coll'uso dell'ittiolo, come proverò più oltre, si risale all'indicazione causale nel trattamento terapeutico di queste lesioni, il che è un metodo per eccellenza razionale e scientifico. Aggiungasi a questo che la terapia chirurgica, con questo metodo, viene applicata solo nei casi che citerò, e solo dopo aver praticato per alcuni giorni la cura dell'ittiolo.

A Freund di Strassburg è dovuta la gloria di aver dotato la ginecologia moderna di un metodo conservatore eminentemente clinico nel trattamento e nella cura delle infiammazioni pelviche, fondato sopra basi razionali e scientifiche, conquistandosi un posto benemerito nella terapia conservatrice in ginecologia, degno figlio del suo savio padre.

A complemento del metodo di Freund per eccellenza conservatore, servirono i risultati dell'esperimento bacteriologico e le conclusioni importanti e concludenti della clinica, che dimostrarono come le soluzioni titolate d'ittiolo possano sterilizzare le culture di microrganismi patogeni proprii delle infiammazioni pelviche. Queste ricerche fatte da Lattens di Parigi e pubblicate dalla Società di Medicina pratica di Parigi, sono eminentemente dimostrative, sopratutto per gli streptococchi e gli stafilococchi piogeni e pel gonococco.

La controprova che Lattens non ha potuto dare collo sperimento clinico sull'efficacia terapeutica dell'ittiolo negli ammalati di blenorragia, la poterono dare Neisser, Ehrmann, Jadassolhn e Manganotti nel Congresso Internazionale dermatologico di Vienna del 1892; essi dimostrarono come si pratica la cura della blenorragia coll'ittiolo. Io ho apprezzato questo metodo provandolo sullo sposo di una ammalata che ebbi nel 1893, il

quale infettò la sua sposa nella quale si verificarono tutti i fenomeni tipici della blenorragia. Questo individuo fu curato della blenorragia in due giorni con soluzioni di ittiolo al cinque per cento.

Prima di descrivere i fenomeni osservati da me nelle ammalate sotto l'uso del metodo conservatore di Freund, debbo parlare delle forme nelle quali io faccio uso dell'ittiolo. Questo rimedio ha un'importanza indiscutibile nel trattamento delle infiammazioni pelviche. Ho sperimentato la sua potenza in tutte le mie ammalate. Però dove si rende proprio potente si è nei casi in cui la situazione dell'inferma è più angosciosa, come per esempio si vede nei casi narrati nel mio resoconto dell'anno 1893 dove ve ne sono alcune che stettero dei mesi senza poter dormire per la intensità del dolore, e subito dopo l'applicazione dell'ittiolo nella 2.ª o nella 4.ª giornata poterono dormire mirabilmente.

Un'altra proprietà che richiama l'attenzione delle ammalate è il grande potere di esosmosi posseduto dall'ittiolo, il quale determina delle grandi correnti di liquidi. Questo potere favorisce la diapedesi vascolare, con essa aumenta il fagocitismo che insieme al potere battericida combatte i microbi patogeni ed i loro prodotti tossici nascosti nelle profondità del tessuto infiammato, per cui si viene ad attenuare l'infezione e quindi la *restituto ad integrum.*

Per uso interno somministro alle ammalate delle capsule che contengono dieci centigrammi di medicamento attivo (fabbricate dalla casa Cordes Hermann e C. di Amburgo). Di queste capsule ne prendono tre al giorno, e aumento gradatamente di dose fino al tredicesimo giorno in cui la dose è di 12 capsule distribuite in tre dosi. Il suo assorbimento è regolarissimo, il medicamento è ben tollerato dallo stomaco.

Le cure locali da me praticate sono le seguenti: praticata un'ampia irrigazione vaginale con acqua sterilizzata coll'ebullizione e coll'aggiunta di un grammo di sublimato ogni 1000 di acqua calda a 45°, esporto con questa i liquidi patologici ed attivo la circolazione pelvica, l'affluenza dei leucociti, la diapedesi e l'assorbimento del medicamento. In seguito applico sul collo uterino e sui fornici col pennello una soluzione di glicerina ed ittiolo al 10 0[0 (sulfo ittiolato ammonico puro) ripassando sopra al punto dell'applicazione tre o quattro volte, attivando così il riassorbimento del medicamento. Dopo di ciò imbevo di soluzione di ittiolo una lista di garza jodoformizzata al 30 0[0 e con essa faccio il tamponamento della vagina.

Quando l'intensità della lesione lo reclama, ordino l'applicazione di una supposta di burro di cacao con 10 centigrammi di ittiolo; il mattino successivo faccio praticare un'irrigazione rettale di acqua bollita, alla temp. di 45 gradi in quantità di due litri. Durante la notte e la mattina faccio applicare sulla parete addominale anteriore sul mesagastrio, ipogastrio e ipocondrii una pomata a parti uguali di ittiolo e lanolina.

Come si vede io seguo in tutto il metodo del mio esimio collega e caro amico il prof. Freund W. senza altra modificazione che quella di adoperare la soluzione in glicerina al 10 0[0 invece di quella al 5 0[0 usato da lui.

Il primo fatto che richiama l'attenzione del medico nel trattamento delle infiammazioni pelviche coll'ittiolo, è il grande potere analgesico che ha questo medicamento; esso è tanto notevole che fa cessare delle coliche tubariche intollerabili, i quali dolori talvolta impediscono la urinazione e la defecazione e che non possono essere vinti nè dalla morfina, nè dall'antipirina, nè dall'esalgina. Questa sola è una proprietà terapeutica veramente miracolosa dell'ittiolo.

L'azione fisica-biologica dell'ittiolo è quella di attivare la circolazione, di accelerare gli scambii nutritizii-cellulari, iniziando anche un lavoro di repressione sui tessuti infiammati, per cui convertiti gli essudati in parti liquide, parte si eliminano attraverso ai linfatici del collo dei fornici; azione questa tanto più sicura in quanto che la sostanza microbicida assale l'elemento da tutte le parti: vagina, retto, pareti addominali e sangue; si risveglia allora un potere di reintegrazione anatomica che equivale a quello distruttivo che già produsse le aderenze patologiche, retrazioni legamentarie come nei casi di salpingite ed ooforite.

Per ultimo l'ittiolo produce una intensa desquamazione epiteliale sulla vagina e sul collo uterino, per cui in alcuni casi si producono delle piccole emorragie capillari.

Quando si ritira la garza jodoformica con cui si è tamponata la vagina si stacca una quantità di sangue, di pus, di muco vaginale che sono i residui della desquamazione epiteliare; nella garza si vede una gran quantità di membrane o di residui.

Tanto le ricerche batteriologiche quanto i risultati clinici terapeutici dell'ittiolo dimostrano come si compiano le indicazioni determinate dalle infiammazioni pelviche. Il trattamento conservatore di Freund è il più

razionale di tutti quelli che si possono consigliare per combattere il processo morboso citato nella donna.

In conseguenza di quanto ho detto e coll'appoggio delle prove cliniche avute io mi vedo autorizzato ad elevare a dogma ginecologico il seguente concetto: il trattamento più razionale delle infiammazioni pelviche della donna è quello dell'ittiolo secondo il metodo Freund quando la suppurazione vera è iniziata a formare un accesso pelvico.

Quantunque nel precedente asserto io non comprenda gli ascessi pelvici, le piosalpingi, ciò non toglie però che in principio anche di queste forme si deve impiegare per qualche tempo la cura dell'ittiolo, si potrà forse cambiare una piosalpinge incistata in una profluente, come mi è successo di poter ottenere.

In alcuni casi conviene di attivare la risoluzione degli essudati organizzati col mezzo del massaggio secondo il provvedimento di Vulliet, da cui io mi ebbi eccellenti risultati.

Nei casi in cui il metodo conservatore non abbia potuto convertire in profluenti la piosalpingite o l'idrosalpinge, e così pure quando si tratta di un ematosalpinge, e non vi sono molte aderenze e queste possano essere distrutte, si passa a stabilire la comunicazione tra la cavità tubarica e l'uterina, si procederà alla salpingotomia secondo Martin, e se vi saranno molte aderenze da perisalpingite si farà l'ovarosalpingectomia di Tait che si deve praticare solamente sopra organi ammalati e non mai sopra organi sani. Quando la piosalpinge è saldata al pavimento pelvico, il suo trattamento è uguale a quello degli ascessi pelvici da perimetro-salpingite. Per finire dirò quattro parole sul trattamento chirurgico degli ascessi pelvici, e dirò la mia opinione sulla questione che si agita in questo campo tra la laparotomia e la colpo-isterectomia alla Péan.

Nella laparotomia l'operatore può servirsi della vista per dirigere il suo intervento, evitando la rottura delle aderenze contratte dall'ascesso coll'intestino, fino a che sia stata messa la legatura opportuna, colla quale si evita l'apertura intestinale e la caduta del suo contenuto settico sul peritoneo; oltre di ciò l'intervento è più libero, e si possono collocare le allacciature prima di tagliare i vasi o sezionare le superfici che saranno poi sanguinanti, e si possano fare così tutte quante le operazioni complementari che il caso clinico richiede. Colla laparotomia si possono

estirpare tutti gli organi affetti sopprimendo la causa del *microbismo latente* e con essa si può completare fondamentalmente la diagnosi che non è sempre perfetta in tali casi.

La colpo-isterectomia evacuatrice di Péan è molto più difficile. Il campo operatorio è molto più ridotto, e aumentata ancora questa angustia dalle pinze che bisogna collocare in vagina. Per questa via è molto difficile l'esame del campo operativo, non si separano completamente gli annessi ammalati e può provocarsi il *microbismo latente* causa di morte. Nel praticare l'operazione si può determinare la lacerazione di un' ansa intestinale e prodursi la peritonite settica, di modo che si deve sempre preferire la laparotomia in confronto della castrazione uterina. A quest'ultima si ricorrerà solamente quando la fusione purulenta del pavimento pelvico avrà comunicato alla massa suppurata la forma di una spugna.

Io presento 64 casi gravi di infiammazioni pelviche di tutte le forme cliniche di salpingiti, ooforiti, e perimetrosalpingiti con retrazioni legamentarie ed estese organizzazioni, ed idrosalpingiti, nei quali fu praticata la cura completa coll'ittiolo. In media la cura coll' ittiolo durò da 22 giorni a 77 giorni.

CONCLUSIONI.

1. Col nome di infiammazioni pelviche della donna io comprendo le lesioni infiammatorie delle tube, ovaje, tessuto connettivo e peritoneo pelvico.

2. La denominazione di peri-metro-salpingite denota meglio che quello di parametrite, perimetrite, linfangite circum uterina, adenoflemone giusta pubico, ecc. l' estensione delle lesioni infiammatorie, come pure denota i tessuti e gli organi affetti; questo nome dunque bisogna accettarlo per dimostrare clinicamente l'infiammazione del tessuto connettivo, dello spazio di Retzius, quella dei legamenti larghi, quella del peritoneo pelvico e vasi linfatici dei genitali interni.

3. La continuità anatomica dei tessuti che formano l'apparato genitale interno determina la propagazione infeziosa dell'infiammazione; ragione clinica che spiega il motivo per cui si ha una moltiplicità di lesioni organiche prodotte da un' infezione sola.

4. Grazie alla batteriologia moderna e alle sue dottrine dell'infezione si può nella clinica ginecologica provvedere all'indicazione causale che è il più solido fondamento di una terapia scientifica. Con questi studii anche la cura delle infiammazioni pelviche è entrata in un ordine di idee più razionale.

5. Il determinismo eziologico delle infiammazioni pelviche comprende l'infezione da gonococchi di Neisser e gli agenti delle infezioni puerperali: lo streptococco e lo stafilococco piogeno.

6. Conseguentemente al progresso medico si richiede un esame clinico molto accurato per stabilire la diagnosi ginecologica; questa deve essere il prodotto di una investigazione clinica e non anatomica.

7. Il trattamento razionale delle infiammazioni pelviche secondo la clinica è di indole conservatrice. Fu introdotto da Freund (Hermann W.) di Strassburg. Con questo metodo si possono praticare le cure senza ricorrere al sacrificio di organi e mutilazioni sessuali.

8. La bontà clinica del processo del giovane e illustre ginecologo di Strassburg viene confermata fino nei casi più gravi, disperati, come sono alcuni di quelli da me osservati.

9. Coll'ittiolo, secondo Freund, si possono ottenere reintegrazioni anatomiche e fisiologiche in tutti i varii casi di processi morbosi che vanno sotto il nome di infiammazioni pelviche.

10. Non si praticheranno mai operazioni sugli annessi uterini per curare le infiammazioni pelviche (a meno che non vi sia un'indicazione vitale), senza aver fatto uso prima del metodo conservatore di Freund in tutte le sue forme.

XI.° Congresso Medico Internazionale in Roma

29 Marzo-5 Aprile 1894.

Chiarleoni (Catania). — **Gravidanza tubarica, diagnosi, esiti, cura.**

Parla di 8 casi di gravidanza tubarica, e presenta interessanti esemplari di mucosa uterina espulsa:

a) in presenza di una gravidanza tubarica;

b) di una gravidanza normale;

c) di una dismenorrea.

Nella maggior parte dei casi citati la rottura della sacca gravidica era già avvenuta.

V. Mars (Cracovia). — **Modelli in gesso.**

Presenta al Congresso 100 modelli in gesso che servono all'insegnamento delle operazioni ostetriche e ginecologiche e alla dimostrazione didattica pratica della suddetta materia di insegnamento.

Mueller (Berna). — **Sulle malformazioni dell'utero nel riguardo ostetrico.**

Riferisce i risultati delle sue lunghe ricerche sull'esame del fondo dell'utero nelle gravide e nelle partorienti. L'autore trovò straordinariamente frequenti le piccole alterazioni del fondo uterino. Trovò l'*uterus arcuatus,* l'*uterus incudiformis,* e l'*obliquitas uteri quoad formam.* Queste deformità vengono riconosciute quasi esclusivamente quando si eccitino artificialmente le contrazioni uterine, o quando si esamini l'utero col palpamento durante le contrazioni uterine normali del travaglio o della gravidanza. Queste alterazioni di forma hanno un interesse speciale perchè vanno compagne con un manchevole sviluppo della parete uterina al punto di attacco delle tube all'utero. Durante la contrazione uterina queste parti sporgono in fuori come due tumescenze. Questi fatti sono seguiti anche da atonia dell'utero (inerzia ed emorragie); oltre a ciò

vanno compagni al bacino piatto; più raramente al bacino generalmente ristretto; di rado il bacino è normale. Queste forme hanno grande importanza sull'andamento del parto. Bisogna perciò dare molta importanza all'esame esterno dell'ammalato.

V. Winckel (Monaco). — **Sui tumori solidi congeniti del funicolo ombellicale.**

Presenta un caso di miosarcoma telangectasico congenito della parte del funicolo che sta vicinissima al bellico. Cita i quattro soli casi che si conoscono: Maunoir, Lantan, Gördes-Virchow e Kaufmann-Lissner.

1.° I tumori solidi del funicolo fin'ora conosciuti erano per lo più sarcomi telangectasici.

2.° Se ne possono distinguere di centrali, periferici o laterali.

3.° Secondo il tessuto da cui provengono, pare che interessino ora più ora meno la gelatina di Wharton, i vasi dell'uraco e del dotto vitellino, i linfatici. Essi si trovano di regola vicini all'ombellico.

4.° Secondo Cohnheim il punto di passaggio del funicolo al bellico sarebbe eminentemente disposto alla formazione di tumori, però la grandissima rarità effettiva di questi tumori, tanto nella vita extra-uterina come nella intra-uterina, fa dubitare della attendibilità della teoria di Cohnheim.

5.° Un attento e scrupoloso esame degli altri cinque casi conosciuti dimostra all'evidenza che come a fattori etiologici si debbano considerare in questi tumori gli ostacoli al circolo ed i traumi.

7.° Dopo il parto questi tumori possono crescere rapidamente.

8.° Bisogna praticarne l'asportazione completa col tagliente o col Paquelin con eventuale excisione dell'anello periombellicale per ottenere una durevole e rapida guarigione.

Amann (Monaco). — **Sull'istogenesi dell'endometrite.**

Queste ricerche furono fatte studiando i prodotti di raschiamento provenienti dalle operate per endometrite, trattando poi il materiale anatomo patologico, in modo da ottenere una perfetta fissazione delle cariocinesi. Il reperto che riguarda le mitosi, di frequente, negli stessi preparati provenienti dallo stesso caso, varia in modo da far supporre che la mitosi si produca a sbalzi; il che succede anche in altri organi. Egli si è fatto la domanda se l'endometrite cronica sia da intendersi più come un processo d'infiammazione, oppure piuttosto come un processo che si avvicini alla neoformazione.

Nelle così dette forme interstiziali di endometrite si trova una quantità

enorme di mitosi nelle cellule dello strato proprio della mucosa, e negli endoteli dei vasi più fini. Le mitosi delle cellule dello strato proprio presentano in generale una struttura regolare, ma sono imponenti per la loro grossezza; nei punti in cui si verificano molte mitosi si trova in generale una notevole scarsità di cromatina.

Infine si trova in alcuni casi che il numero dei cromosomi è diminuito, mentre che i singoli cromosomi sono più grossi.

Le mitosi degli endoteli dei capillari, presentano ancora la forma fusata; nel successivo sviluppo sporgono nel lume vasale.

In causa di questa forte proliferazione ne deriva una notevole fragilità dei nuovi vasi, e si capisce quindi la tendenza all'emorragia

Le mitosi degli epiteli delle ghiandole, quando sono ancora nello stadio di gomitolo, presentano ancora la forma allungata, dimodochè le cellule sporgono sovente nel lume della ghiandola; il diaster viene respinto verso il lume della ghiandola, perchè alla parte basale non trova posto. Nella comune endometrite le cellule delle ghiandole riprodottesi per cariocinesi, scendono lungo un asse che sta perpendicolare all'asse longitudinale delle altre cellule cilindriche, dimodochè si ha solamente una proliferazione in superficie degli epiteli ghiandolari. Anche in questi casi si osserva scarsità di cromatina. Nei casi della così detta endometrite ghiandolare, l'epitelio superficiale non presenta quasi nessun processo di proliferazione.

Vi è invece una forma di endometrite in cui la proliferazione si svolge quasi esclusivamente nell'epitelio superficiale; succede in questi casi una deviazione dell'asse già citato, la quale deviazione può giungere a tanto da rendersi parallelo all'asse longitudinale delle altre cellule cilindriche. La proliferazione succede non più in superficie, ma anche in profondità, dimodochè a poco a poco si forma un epitelio piatto, si ha la cosidetta psoria uterina. Quivi in questi casi si presentano sovente delle mitosi voluminose; in uno di questi casi ho trovato una mitosi multipolare. Ho trovato nelle vie linfatiche, nel sangue e nei punti di passaggio dalla mucosa, all'epitelio ghiandolare, molti linfociti in istato di mitosi, e specialmente nella forma di diaster; che si trattasse veramente di linfociti, si potè riconoscere esattamente per la grande differenza di volume di questi elementi, in confronto colle mitosi dello strato proprio della mucosa e colle mitosi dell'epitelio, nonchè per l'addossamento dei cromosomi e specialmente per la località in cui furono trovati; vale a dire, in mezzo a un vaso, nuotanti nel sangue, oppure nel momento di passare tra mezzo a grosse cellule epiteliali.

Il grande numero delle mitosi e la loro povertà di cromatina ecc., nella endometrite, non sono però segni di una produzione maligna, come si potrebbe forse pensare a tutta prima; per fare queste ricerche è necessario di avere delle sezioni in serie non interrotte.

B. S. Schultze (Jena). — **Sulla incontinenza uretrale nella donna.**

Per incontinenza uretrale noi intendiamo quella che è dovuta alla insufficienza dell'apparato di chiusura della vescica, per distinguerla da quella che proviene dalla formazione di una fistola. Noi ci porteremmo troppo lontano se volessimo citare tutte le cause della suddetta incontinenza.

Prima di parlare della terapia operativa, ricorderò: che in molti casi di incontinenza uretrale la causa è transitoria, e quindi vi si può rimediare coll'elettricità e col massaggio, ridonando ai muscoli e ai nervi dello sfintere la loro funzionalità. Ricorderò pure che contro ad alcune forme d'incontinenza può giovare benissimo il metodo descritto da Sänger della dilatazione metodica; in altri casi invece il collo della vescica è così largo, lo sfintere è così rilassato che le cure suddette o non riescono, oppure in prosieguo di tempo falliscono. Da qui nacque l'idea di fare l'escisione del collo della vescica, rendendolo più angusto per facilitarne la funzionalità. Io operai in questo modo sino dall'anno 1878, e così operava Frank, Winckel, Engstrom, per lo più senza aprire la vescica. Il Frank fece risaltare nella parete dell'uretra una piega longitudinale sporgente verso l'interno.

Il Pawlik, trovandosi di fronte a casi gravi, potè ottenere la continenza delle urine per mezzo di una operazione, il cui scopo ed effetto principale era la dilatazione trasversale dell'uretra, la inflessione della medesima lungo il suo decorso, traendola vicino al legamento arcuato.

Il Gersuny potè ottenere la continenza isolando l'uretra e torcendola sul suo asse per un mezzo giro o per un giro e 1[2.

Duret, Pousson, Albarran, modificarono i metodi in diverso modo; Duret fece la dilatazione traversale e la inflessione dell'uretra, Pousson ne fece la torsione unendola anche alla inflessione, Albaran impiegò l'introflessione e la inflessione.

Tutti questi metodi sopracitati oppongono all'urina raccolta nella vescica delle resistenze meccaniche ed elastiche che non possono durare che fino al momento in cui poi vengono vinte o dall'elasticità della parete della vescica, oppure dalla pressione addominale.

L'autore cita un caso in cui impiegò invece un altro metodo. Si trattava di una donna che aveva partorito all'età di 20 anni, e che da allora in poi soffriva d'incontinenza uretrale, malgrado che avesse consultato celebri ginecologi. Essa sopportò questo suo stato disgustosissimo per 25 anni. Nel giugno 1892 io la visitai; era pallida e dimagrata, era affetta già da un catarro intestinale cronico; aveva temperature vespertine fino a 38 6°; l'orina fluiva continuamente ed era ricchissima di pus,

mancavano i dati obbiettivi che il catarro delle vie urinarie risalisse oltre la vescica, l' utero era antiflesso, non ingrossato, la porzione vaginale dell'utero presentava delle cicatrici, un po' indietro e lateralmente si vedeva una fistola nell'uretra. Procedendo in addietro e un po' a sinistra si estendeva una cicatrice longitudinale sulla quale si vedevano delle cicatrici dovute a punti di sutura. La sonda conica di rame di 11 millimetri e 1[2 di diametro passa liberamente nell'uretra e attraversa l'orificio interno. Viene curato il catarro intestinale e vengono fatte delle lavature vescicali quodidiane di soluzione normale di cloruro di sodio. Diventata normale per parecchi giorni la temperatura, il 16 luglio 1892 viene operata.

Con una unica cruentazione si comprendono i margini lacerati dell'uretra, la piccola fistola e il collo vescicale troppo largo. Con 16 punti di sutura di seta di Firenze vengono riuniti i due margini della cruentazione. Si lascia il catetere a permanenza. Dopo nove giorni si toglie il catetere e si tolgono i punti di sutura. Si ha la completa riunione per prima intenzione e la completa continenza dell'urina. Però la capacità della vescica è scarsa; iniettando solamente 100 cent. cubici di soluzione di cloruro di sodio la donna sente già lo stimolo all'orinare. Quindi si prosegue a fare le iniezioni suddette, e in circa un mese la capacità della vescica sale a 150 e poi a 190 cent. cubici. Sfortunatamente la paziente si accontentò di questo risultato. Se si fossero fatte ulteriori iniezioni ad una pressione maggiore, la capacità della vescica sarebbe notevolmente aumentata. La continenza si mantiene invariata.

Quando l'incontinenza dura da lungo tempo evidentemente la capacità della vescica è quasi sempre molto diminuita, e quindi per avvalorare il ritorno della continenza in modo completo bisogna anche far aumentare progressivamente la capacità della vescica.

Jentzer (Ginevra). — **Del massaggio col metodo di Thure-Brandt durante la menstruazione.**

Ecco le sue conclusioni: 1.° il massaggio durante la mestruazione deve essere applicato con dolcezza sotto forma di *effleurage* e la seduta sarà breve — 2.° in queste condizioni si agirà sui nervi vaso motori e si impediranno le stasi — 3.° bisogna sempre in tali momenti fare dei movimenti ginnastici che tendono a diminuire la congestione, ma che siano di breve durata — 4.° il massaggio durante la mestruazione può essere analgesico — 5.° il massaggio durante la mestruazione fatto nelle condizioni sopracitate non determina mai processi infiammatori — 6.° se si cessa il massaggio durante la mestruazione bisogna aumentare la durata della cura — 7.° in generale le metrorragie si combattono vittorio-

samente — 8.° gli essudati pelvici si riassorbono più rapidamente — 9.° le aderenze sono ridotte più presto e con meno difficoltà — 10.° gli spostamenti uterini che migliorano già col massaggio prima della mestruazione, presentano poi delle nuove difficoltà alla riduzione se si interrompe la cura durante il periodo mestruale — 11.° invita i colleghi a sostenere questo metodo nelle cliniche ostetriche.

Rapin. — **Retrodeviazione uterina. — Riduzione. Nuovo pessario combinato.**

Il metodo seguito dall'autore per la riduzione dell'utero retroflesso è il seguente:

Posta la sonda uterina nell'utero, colla punta rivolta in basso, seguendo la curva dell'utero; eppoi fa eseguire al manico della sonda un mezzo cerchio in alto finchè rivolge la concavità della sonda in avanti. Poi preme tutta la porzione della sonda che entrò nell'utero sulla faccia anteriore dell'utero dall'indietro in avanti. Questa manovra si fa tenendo un dito sempre in vagina per potere in pari tempo respingere indietro il collo uterino. La mano esterna cerca in pari tempo di attirare in avanti il fondo dell'utero.

Questo metodo si adopera anche nella posizione dorso-sacrale. I vantaggi di questo metodo sono: 1. è difficile la perforazione uterina. — 2. l'accertamento diagnostico delle aderenze. — 3. l'assenza quasi completa di dolore. (Manca la forma del nuovo pessario).

Eustache (Lille). — **L'utero doppio.**

L'autore presenta una osservazione di utero doppio, che egli ha nella sua clientela da sei anni. Cinque gravidanze consecutivamente ebbero luogo alternandosi ora a destra ed ora a sinistra. I parti furono normali, ma fu osservata questa particolarità, cioè che l'utero non gravido si è liberato di una caduca 4 o 5 giorni dopo il parto, e che eccezion fatta dei due primi parti fu sede di una metrite post-puerperale, che non si presentava nell'altro utero.

A proposito di questa osservazione e di un'altra che gli venne comunicata dal dott. Porak, l'A. passa in rassegna i numerosi casi consimili pubblicati in questi ultimi anni, e che tendono a dimostrare che questo vizio di conformazione è più frequente che non si creda.

Ne studia le conseguenze: 1. dal punto di vista ostetrico — 2. dal punto di vista della ginecologia, e principalmente dal punto di vista degli errori che possono incorrere.

Schmeltz (Nizza). — La cura di talune affezioni dell'utero o periuterine coi catgut-crini.

Un certo numero di affezioni uterine e degli annessi si guarisce col drenaggio. Questo metodo ci può mettere nella condizione di evitare delle operazioni cruente, e non presenta alcun pericolo.

Nel 1883 Schwartz di Halle tentò di fognare la cavità uterina con fili di vetro o con tubi di gomma, il qual ultimo metodo fu più tardi altresì usato da Bonnaire. Ma i fili di vetro sono poco pratici ed i tubi di gomma esigono la dilatazione; l'ultimo mezzo pubblicato da Chéron esige uno strumentario complesso, drenaggi di celluloide, porta drenaggi costituiti da un tubo cavo in argento a semplice o a doppia curvatura, entrambi muniti di stiletto pure di forma diversa, cose tutte che per di più sono di assai difficile disinfezione.

Per converso i miei catgut-crini non esigono alcun istrumento, si possono improvvisare all'istante, e sono perfettamente disinfettabili. Per ciò basta possedere i crini di Firenze ed il catgut asettici, i primi di una lunghezza da 15 a 30 cent. sono ripiegati ad ansa colle mani pure previamente disinfettate, come se si trattasse di accingersi ad una operazione, e attorno a quest'ansa si avvolge del catgut di media grossezza. Uno degli estremi del falcetto così formato si può fissare con un filo metallico: in seguito si comprime questo fascetto assai fortemente. Secondo il bisogno si possono così formare dei catgut-crini di spessore diverso fino a raggiungere il volume e la forma di un dito.

Il così detto catgut-crine è in tal guisa formato, e può essere introdotto nell'utero ancorchè esso non sia stato precisamente dilatato. Che se poi la dilatazione si giudicasse necessaria, la si farà colla laminaria, e se occorresse, coi dilatatori meccanici, o colla serie progressiva di Hegar. Ed a seconda della dilatazione che si vuole ottenere si consacrerà a questa operazione uno o più giorni, cambiando i coni di laminaria ogni ventiquattro ore, ed è inutile che io aggiunga che per tenerli in posto si tampona la vagina con garza jodoformica, e che si mettono in uso le lavande antisettiche usuali.

Venuto il momento di far penetrare nell'utero il fascetto dei catgut-crini, che sarà stato scelto pel caso speciale, afferrato il collo con una pinza ad uncini, con una pinza da polipi presenteremo il drenaggio all'orificio, con movimenti di spirale lo spingeremo dolcemente fino al fondo dell'utero. In certi casi un tubo di vetro di un centimetro di spessore e biforcato alla sua estremità esterna mi aiuta ad introdurre il drenaggio colla massima facilità e introducendo un bastoncino, cacci il catgut-crine verso la cavità uterina. La garza è rinnovata ogni due o tre

giorni. Il catgut-crine può essere mantenuto a lungo in cavità senza recare la benchè minima noia; è necessario tuttavia che le ammalate rimangano a letto per 8 giorni dopo l'operazione: le mestruazioni non sono ostacolate per la presenza del drenaggio, il quale soggiornando nella cavità dell'utero sotto l'influenza del calore e della umidità perde il catgut, gonfiato e rammollito e riassorbito. I crini di Firenze così liberati, insensibilmente si allargano e si appoggiano a tutta la superficie dell'endometrio.

Indicazioni. I. È indicato nelle metriti puerperali, catarrali, o blenorragiche e specialmente come succedaneo al raschiamento ed alla immediata cauterizzazione coll'acido nitrico; 2. nelle salpingiti croniche, catarrali, purulente previa dilatazione, ed associando a questa cura il massaggio; 3. nelle deviazioni uterine il drenaggio agisce da vero raddrizzatore; 4. nelle amenorree e dismenorree; 5. nelle atresie del collo uterino, ove, se è necessario, faremo precedere gli sbrigliamenti del muso di tinca e le dilatazioni.

Contro indicazioni. Sono tutte le flogosi acute dell'utero e de' suoi annessi, non che le perimetriti acute. Il drenaggio in simili casi potrà dar origine a riesacerbazioni di flogosi già esistenti.

Rein (Kieff). — **Sulla cura radicale della estrofia della vescica.**

(Estirpazione della vescica, impianto degli ureteri sul retto).

Due, e gravi sono i sintomi della estrofia vescicale: 1.° la mucosa della vescica è soggetta ad ogni specie di influenze per le quali essa diviene sede di flogosi e di ulcerazioni dolorose, nè deve dimenticarsi la possibilità di infezioni della mucosa, degli ureteri, con esito di pieliti secondarie; 2.° l'incontinenza della orina. Ogni intervento chirurgico ha per iscopo di ovviare a questi inconvenienti, ma non sempre ottenendo un completo successo. Riguardo alla incontinenza poi non fu mai osservato alcun successo.

Espone l'A. una osservazione in cui ottenne una guarigione radicale. Trattavasi di una contadina di 20 anni in condizioni generali di salute buona, con estrofia completa della vescica, con ernia ombellicale considerevole, il bacino aperto per apertura dalla sincondrosi pubica, inoltre portava prolasso della porzione vaginale dell'utero ipertrofica, misurando l'intiero viscere cent. 10,1. L'estrofia della vescica formava un tumore di cent. 5 × 7 di diametro. La mucosa era infiammata e parzialmente ulcerata ed ipertrofica.

L'atto operativo fu eseguito in presenza di 15 medici e di 14 studenti seguendo l'asepsi, secondo questo procedimento:

1.° Incisione sulla linea alba di 16 cent. attraverso l'ernia ombellicale e la vescica.

2.° Nella posizione di Trendelenburg si estraggono l'utero e gli annessi di sinistra dalla cavità peritoneale. Una sonda è introdotta nell'uretere sinistro, un'altra nel retto, si cerca di avvicinare le due sonde, e si nota che il punto nel quale l'uretere ed il retto si lasciano facilmente avvicinare trovasi a 2 cent. più alto del fondo della cavità del Douglas. Quivi fu praticata una incisione trasversale di qualche millimetro colla parete dell'uretere, ed in quella del retto. Una cannuccia di vetro fu introdotta nell'uretere, ed un tubo elastico attaccato all'altro estremo di tal cannuccia fu per il retto tratto fuori dall'ano. Suture in seta a due piani furono poste su questa artificial fistola uretero-rettale, somiglianti in tutto alla sutura intestinale di Lembert.

3.° Lo stesso si fece sul destro lato.

4.° Estirpazione della vescica nel decubito dorsale ordinario. Molte furono le allacciature sulle arterie vescicali e sulle loro diramazioni.

5.° Sutura della ferita addominale. In grazia dell'allontanamento considerevole dei pubi, e dei muscoli retti era impossibile riunire l'incisione addominale nella parte inferiore nel senso verticale per cui la ferita suturata a ⊥. L'operazione è durata 2 ore e 52 minuti. Il decorso era soddisfacente nei primi giorni, ma la guarigione era complicata da una fistola addominale dell'uretere destro. La cannula introdotta in esso uretere, durante l'operazione, scivolò allorchè si trasse il tubo dall'ano, per cui l'orina aveva 2 strade, la rettale e l'addominale. 13 giorni dopo l'operazione io ho lasciata la donna in ottima salute; mi fu scritto recentemente che la guarigione è complicata da una infiltrazione locale del cellulare del bacino in grazia dell'urina fluente dall'estremo periferico dell'uretere. Finalmente 2 giorni sono io ebbi la notizia che la mia paziente è morta dopo 21 giorni dall'atto operativo, dopo esserle stato aperto l'ascesso da 40 ore. Evidentemente l'errore fu commesso nel manuale operatorio. Sarebbe stato d'uopo legare gli estremi periferici degli ureteri, manovra che rimaneva ancora a farsi, come operazione complementare. La paziente espelleva le orine pel retto, e se ne poterono raccogliere fino 3000 cent. cub. al giorno. La temperatura oscillò fra 36.°3 a 38.°6, il polso fra 68 e 135 al minuto. Ecco o signori, la mia osservazione la quale sebbene unica, sebbene fallita, sebbene molto rimanga ancora a fare nella tecnica operatoria, pur non dimeno (conoscendo le esperienze di Glück, di Zeller, di Novaro sugli animali, e le osservazioni cliniche di Pawlik, Simon, Sonnenburg, Küster, ed altre sulla fistola retto-vaginale artificiale per la guarigione delle fistole vaginali) ci prova che l'estrofia della vescica non deve essere oggi considerata come una malattia incurabile.

G. Apostoli. — Risultati remoti del trattamento elettrico conservatore in ginecologia. Gravid. consecutive.

L'elettroterapia intrauterina faradica, galvanica, o sinusoidale propugnata dall'Apostoli, e saggiamente, razionalmente e pazientemente applicata, merita di rimanere alla testa della terapia ginecologica conservatrice:

1.° Perchè spesso assicura un miglioramento sintomatico, il quale tiene luogo della guarigione; *a*) nelle endometriti, e nei principali disturbi funzionali (amenorrea, dismenorrea, metrorragia); *b*) efficacissima nei fibromi non cistici; *c*) utile spesso se non sempre nelle flegmasie periuterine non suppurate; *d*) da solo è impotente nelle raccolte cistiche di qualsiasi natura, e nelle lesioni suppurative della pelvi e degli annessi.

2.° Perchè nei casi ove mostrasi inefficace permette di utilizzare la sua stessa impotenza per rischiarare e confermare un dubbio diagnostico, ed impone a precipitare così un intervento chirurgico ritardato e già rifiutato.

3.° Perchè se le conseguenze sintomatiche immediate della sua applicazione sono generalmente favorevoli, i risultati remoti non presentano minore interesse a motivo delle gravidanze ulteriori che furono osservate. 67 donne curate dal dott. Apostoli esclusivamente colle applicazioni elettriche intrauterine, ebbero in un lasso di tempo più o meno breve, ma spesso in un tempo assai vicino al termine della cura, una o più gravidanze consecutive, il che prova l'efficacia sintomatica e funzionale della cura.

4.° Per conseguenza l'elettroterapia ginecologica, ben lungi dal mostrarsi ostile alla chirurgia, di cui cerca invece illuminare il cammino, ed assicurare la legittimità delle indicazioni, in un gran numero di casi reclama i suoi diritti, allo scopo di evitare inutili o dannose mutilazioni — sia per imporli in altre circostanze con vera autorità — sia infine per terminare l'opera della chirurgia, la quale in certi casi ha tentato ogni sua risorsa, ed ajutare più efficacemente e prontamente il completo ristabilimento sintomatico o funzionale.

Marocco. — Disturbi riflessi di origine pelvica.

Presenta un caso di afonia di origine riflessa guarita colla castrazione; ed un caso pure di afonia con asma e lesioni della retrobocca, pure guarita con la medesima cura. L'autore è del parere che prima di procedere alla demolizione degli annessi per queste indicazioni, bisogna

sottomettere l'ammalata ad una lunga osservazione; egli ammette che se si lasciano troppo a lungo proseguire questi fenomeni riflessi di origine pelvica, si può avere anche un progressivo indebolimento delle funzioni encefaliche. Fa poi notare che la fenomenologia riflessa non si estingue del tutto dopo l'operazione.

Il prof. **Chiarleoni,** cita un suo caso di guarigione di disturbi nervosi riflessi gravissimi, dovuta ad una simulata castrazione; caso che fu riferito anche al Congresso di Pavia nel 1887, dove si volle invocare (Pinzani) quale azione terapeutica quella del cloroformio impiegato nella narcosi della simulata castrazione.

Regnoli, parla sopra i risultati di alcune ovaro-salpingectomie, in rapporto specialmente ai fenomeni nervosi riflessi provocati dalle lesioni di questi organi. Egli dichiara che per praticare l'ablazione di questi organi, bisogna fissare esattamente la diagnosi anatomo-patologica e le alterazioni degli organi su cui si rivolge l'atto chirurgico.

Fabbri (Modena). — Come la mandibola prenda parte all'elasticità del capo.

L'autore ha osservato che si può respingere indietro il mascellare inferiore su una testa fetale per un tratto notevole ed avere così una diminuzione dei diametri antero-posteriori della testa fetale. Durante questo atto si vede che l'articolazione temporo-mascellare fa sporgenza all'infuori; tutto il mascellare inferiore si porta indietro in massa. Questo movimento è facilitato dal fatto che la cavità glenoide del bambino è obliqua, dall'avanti in addietro e dall'indentro all'infuori. Anche la sinfisi mentoniera sotto l'azione di una compressione può prendere parte alla diminuzione dei diametri mento-occipitali; con una compressione continuata il diametro mento-bregmatico può diminuire fino di un centimetro di lunghezza. Questo fatto si può osservare anche negli agnelli i quali nascono con le zampe anteriori addossate al mascellare inferiore; succede una compressione mediata per cui gli angoli del mascellare inferiore vengono a toccarsi. Questo fatto è basato anche in questi animali sulla speciale conformazione della articolazione temporo-mascellare di questi animali.

Villar (Bordeaux). — Un caso di gravidanza tubarica.

Laparotomia al dodicesimo mese. Guarigione.

Sembra che la gravidanza extrauterina considerata per lungo tempo in Francia come una affezione rara tenda a diventare più frequente.

Senza parlare dei lavori di Pinard su questo argomento è facile trovarne molte osservazioni nelle pubblicazioni periodiche e nei resoconti delle Società mediche di questi ultimi anni. Il nuovo caso che io porto quest'oggi al Congresso, trattato colla laparotomia, e seguito da guarigione, è interessante da parecchi punti di vista.

La signora X... di 83 anni, mestruata a 10 anni, maritata a 17, ebbe un parto normale un anno dopo, col peso normale; dopo sei mesi si trova in istato di perfetta salute. Il 21 novembre 1892 è mestruata regolarmente, dopo quest'epoca cessarono le mestruazioni. All'epoca di ogni periodo mestruale, era presa da dolori allo stomaco, da vomiti, da sincopi, e sopratutto da un insieme di fatti che ricordava il sorgere di un ematocele peritoneale. Al mese di maggio si sentì il battito cardiaco fetale una sola volta; poi non lo si sentì più. L'ammalata sentì i moti attivi il mese di giugno; questa sensazione cessò al mese d'agosto, d'allora in poi cessarono le crisi periodiche. In settembre ebbe una metrorragia abbondante, si crede l'ammalata gravida, si cerca di farla partorire in ottobre. Venne vista dall'autore per la prima volta il 10 novembre 1893.

Stato attuale: ventre molto voluminoso, sporge più che avanti a sinistra, alla palpazione trovo una tumescenza rotonda, dura, uniforme, e che sorpassa il bellico tre dita trasverse, non esiste nè fluttuazione nè fiotto. Al riscontro vaginale si trova: collo normale, dietro a destra l'utero e poi, indipendente da questo organo, una tumescenza molto dura, piuttosto un po' acuminata; non esiste ballottamento. L'isterometro penetra per 12 centimetri; alla esplorazione rettale sento delle parti dure che danno le sensazioni delle ossa del cranio. L'ascoltazione della donna è negativa. Le mammelle presentano secrezione di colostro.

Si fa la diagnosi di gravidanza extrauterina con feto morto: 1.° per la durata della gravidanza attuale; 2.° per l'andamento di questa gravidanza (fenomeni peritoneali); 3.° per il mancato effetto dei mezzi impiegati per provocare il parto; 4.° per la sede laterale della tumescenza addominale; 5.° per lo stato del collo; 6.° per l'isterometria; 7.° per i dati raccolti coll'esplorazione vaginale-retale.

La laparotomia è praticata il 13 novembre; trovasi una tumescenza ricoperta dall'epiplon che vi aderisce fortemente; vi sono aderenze anche coll'intestino tenue e col crasso; alla puntura non si può estrarre nessun liquido. Allora si incide il tumore e si trova un feto il quale vi aderisce senza interposizione di liquido; la testa del feto è rinchiusa in un diverticolo della tasca. Estratto il feto, si riconobbe che la tasca era chiusa da tutte le parti, che era indipendente dall'utero; non potendo estirpare la tasca io la fissai alla parete addominale facendo la marsupializzazione, e la sutura dell'addome al disopra e al disotto. Le conseguenze operative furono nulle. La tasca guarì rapidamente e l'amma-

lata lasciò Bordeaux, due mesi dopo l'operazione. Il feto era bello e ben sviluppato; la placenta atrofica; l'esame istologico del sacco ha dimostrato che si trattava di una gravidanza tubarica; esisteva nella parete del sacco una zona fibro-calcarea che rappresentava un primo tentativo di litopedion. In questa osservazione parecchi punti sono importanti a notarsi.

Prima di tutto l'aborto a 24 anni, causa probabile della gravidanza extrauterina, inoltre il decorso della gravidanza, il tatto del battito cardiaco fetale, sentito una volta sola, la cessazione delle crisi periodiche, l'apparizione di uno scolo sanguigno dopo la morte del feto, la facilità della diagnosi, il volume del feto, la disposizione bilobata della tasca fetale e la zona fibro-calcarea. Uno di questi più interessante è la durata della gravidanza. Si sa diffatti che le gravidanze ectopiche raramente arrivano a termine, i casi poi di gravidanza tubarica che giungono a termine sono estremamente rare. La marsuppializzazione del sacco mi ha dato una guarigione rapida; bisogna precisamente ricorrere a questo metodo assai sovente nel trattamento delle gravidanze extrauterine. Vi sono dei casi in cui bisogna intervenire molto presto, in quanto che le gravidanze extrauterine sono dei veri tumori maligni.

Cordes riferisce un caso di gravidanza che durò 326 giorni.

L'ultima mestruazione datava dal 30 settembre 1892 e il parto avvenne il 22 luglio 1893. Il feto era molto voluminoso e il travaglio durò 40 ore.

Vassalli (Lugano). — Presenta il noto caso di gravidanza, sei gemellare, sottoponendo alla attenzione dei presenti, 6 feticini raccolti in un vaso e gli attestati certificativi dell'avvenuto parto, rilasciati dal Sindaco del comune, padre dei sei bambini e da tre medici presenti al parto.

Viene sollevata una vivace discussione per decidere se questo fatto ancora messo in dubbio da alcuni ostetrici, debba entrare a far parte del comune patrimonio scentifico.

Prendono la parola in proposito i signori professori Guzzoni, Calderini, Chiarleoni, Mangiagalli, Rein, il dott. Namia e molti altri.

Si decide che: visti gli attestati presentati dal dott. Vassalli, visto che la mancanza della placenta (che non fu raccolta nè conservata perchè ampiamente lacerata) non poteva infirmare l'asserzione del dott. Vassalli, aggiornatasi la proposta di una commissione che esaminasse il caso, i presenti alla seduta propendono ad accettare il caso riferito dal dottor Vassalli.

C. Jacobs. — Risultati remoti della castrazione totale dalla vagina nelle affezioni degli annessi, confrontati coi risultati remoti dell' ovaro-salpingectomia bilaterale addominale

Nell'anno 1892 al Congresso di Brusselle, i partigiani della castrazione totale per la via vaginale nelle alterazioni degli annessi, non avevano potuto opporre ai seri argomenti posti innanzi dai partigiani della via addominale, che dei risultati troppo recenti, e troppo scarsi per competere vittoriosamente.

D'allora in poi la quistione ha fatto molta strada, e ne fa fede la quantità di operazioni che in tutti i paesi si venne aggiungendo a quella di Péan.

Se io oggi sollevo nuovamente la questione, non è per altro che per esporvi i risultati remoti da me ottenuti sia per l'una che per l'altra via.

Alle statistiche vuolsi attribuire un valore relativo, ma d' altronde su che mai possiamo fondare le nostre convinzioni chirurgiche, le nostre speranze terapeutiche, se non sui risultati osservati coscienziosamente subito dopo l'operazione, e 2, 3, 4 anni .... più tardi?

Perciò se io mi baso su di una statistica, affermo tutta la mia sincerità, e l'assenza di qualsiasi preconcetto.

A tutto il 1.° maggio 1894 io ho operato 184 casi di affezioni bilaterali purulente o croniche degli annessi, con o senza complicazioni, colla castrazione totale per via vaginale.

Ebbi 179 guarigioni operatorie, 5 morti, vale a dire il 2. 7 0[0 di mortalità.

Il pericolo dell' operazione adunque potrebbe dirsi sfatato, poichè dato anche ch' esso esista, non è certamente più temibile che nell' intervento addominale.

Riunendo poi le operazioni addominali pubblicate da Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Chrobach, Zweifel, Martin, Jacobs, Duboiset, Gallat, Lawson-Tait, si hanno 1540 interventi col 5. 7 0[0 di mortalità.

Gli interventi vaginali di Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs ammontano a 690 colla mortalità del 4. 49 0[0.

Non dimentichiamo però che le indicazioni di questi interventi differiscono o almeno differivano; noi riserbiamo la via vaginale ai casi difficili ove la via addominale è impossibile. I successi insperati ottenuti in questi casi, i risultati costanti osservati in casi meno gravi, ci hanno portato a questa convinzione, che là dove si trovano riunite le indicazioni indiscutibili che conducono il chirurgo a praticare l' ovaro-salpingectomia bilaterale, noi abbiamo tutto il vantaggio a praticare la ca-

strazione uterina e l'ablazione degli annessi. Di 184 casi di affezioni bilaterali 113 furono affezioni purulenti incapsulate, con ascessi ovarici; tasche purulente periovariche e salpingee, ascessi del parametrio, ed affezioni uterine croniche, ecc.

Ottenni 111 guarigioni operatorie e 2 morti per complicazioni cardiache. Ho perforato 2 volte la vescica ed 1 volta l'intestino. La cucitura immediata diede luogo a guarigione. Ho potuto seguire 98 ammalate per 4 anni dalla operazione; 5 o 6 di esse si lagnano di aderenze vescicali dolorose, 1 è morta pazza 8 mesi dopo l'operazione, 1 rimase con una fistola intestino-vaginale incurabile, 2 ebbero dolori pelvici intermittenti assai gravi.

Potei constatare e far controllare 88 guarigioni definitive senza strascichi e senza alcun disturbo.

Noterò tuttavia, ma ciò si osserva anche nell'ablazione degli annessi per via laparotomica, che le ammalate si lagnano per lungo tempo di abbondanti sudori, di vampe di calore, fenomeni che sono facilmente emendati colla idro-terapia — 43 casi cronici, bilaterali, dolorosi con affezioni uterine pure croniche ribelli ad ogni trattamento, e che avevano gettate le pazienti nell'impotenza — 1 morte operatoria per complicazione renale — 35 malate vedute tardivamente. 35 guarigioni assolute senza complicazioni, qualche gastrite assai ribelle — 18 ematosalpingi, gravidanze extra-uterine, ematoceli, cisti dell'ovaio ...., ecc. — 1 decesso post-operatorio per attacchi di grande isteria — 15 malate viste tardivamente, 15 guarigioni definitive — 10 casi di tumori uterini complicati con affezioni bilaterali degli annessi. 1 morta per embolia. 7 guarigioni persistenti da oltre un anno.

Per la via addominale io ho operato 189 casi di affezioni degli annessi di cui 120 bilaterali e 69 unilaterali: 10 piosalpingi unilaterali — 5 ematosalpingi unilaterali — 13 ematosalpingi bilaterali — 31 piosalpingi bilaterali — 44 salpingiti croniche bilaterali — 34 affezioni ovariche bilaterali — 46 affezioni ovariche unilaterali — 6 gravidanze extrauterine tubariche.

Ebbi 6 decessi vale a dire il 3.2 0[0 di mortalità, in 5 di questi l'affezione era bilaterale.

La mortalità adunque è assai elevata per le operazioni addominali, essendo quasi uguale il numero degli interventi, e perciò la via vaginale non offre pericoli maggiori dell'altra.

In 10 casi di piosalpingiti unilaterali ebbi 4 guarigioni rapide e durature. 6 recidive dal lato rispettato.

In 5 casi di ematosalpinge unilaterale ebbi 2 guarigioni e 3 recidive dal lato rispettato.

Tutte le recidive si verificarono 1-3 mesi dopo l'operazione. In 31 piosalpingi bilaterali ebbi 3 morte e 28 guarigioni. 25 di queste furono viste assai tardi, e 17 delle quali presentarono affezioni uterine e periuterine, le quali resero necessario 11 volte il raschiamento con o senza amputazione del collo, 4 volte la isterectomia vaginale. Osservai 5 volte delle parametriti dolorose ed assai ribelli. Le altre operate godono ottima salute.

In un caso, dopo la castrazione bilaterale per ematosalpinge, dovetti intervenire per via vaginale per un ematocele vaginale.

21 delle mie operate di salpingectomia bilaterale, furono più o meno regolarmente mestruate, la maggior parte con disturbi, e tutte si lagnavano di abbondante leucorrea.

Ebbi 2 decessi dopo la castrazione unilaterale per gravidanza extrauterina.

Le 44 castrazioni bilaterali per affezioni croniche delle trombe mi diedero 44 guarigioni operatorie, e queste 44 malate rivedute in prosieguo, tutte si lagnavano di affezioni uterine croniche, per cui più volte dovetti intervenire, ed in un caso ho praticata l'isterectomia vaginale.

Le 34 castrazioni ovariche bilaterali furono seguite da 34 guarigioni operatorie, ma molte di esse furono poscia o da me o da miei colleghi novellamente operate per malattie uterine. Le affezioni ovariche unilaterali diedero in generale dei buoni risultati, ma spesso accade di veder riprodursi la degenerazione microcistica dell'opposto lato. Qualche risultato incoraggiante potei ottenere dall'ignipuntura delll'ovaio rispettato.

In fine non accenno che di volo alle laparotomie secondarie che dovetti praticare per sventramento tardivo.

* * *

Come appare, la via addominale è quella che mi diede risultati operativi che si avvicinano sensibilmente ai risultati immediati ottenuti colla castrazione totale dalla vagina. Colla rigorosa osservazione dei risultati remoti di tutte queste osservazioni confrontate fra di loro è sorta in me la convinzione, che là dove gli interventi terapeutici palliativi (raschiamento, tamponamento, dilatazione, drenaggio, ecc. ecc.), furono impotenti a dare la guarigione, là dove noi siamo costretti a togliere gli annessi, è preferibile togliere nello stesso tempo anche l'utero, reso ormai inutile per l'operazione addominale, e che può diventare il punto di partenza di molteplici complicazioni.

Anche non essendo fautori della concomitante castrazione uterina, non può negarsi che l'infezione degli annessi trova quasi sempre il suo punto di partenza nell'utero, ch'egli è quindi malato prima dell'intervento addominale, e che conseguentemente resterà pure ammalato dopo

l'operazione, di una malattia che la provvida natura sarà impotente a guarire!

Io ammetto che dopo la salpingectomia quest'utero sia fatto segno alle cure più amorose, che lo si raschi, e che tutto si tenti per guarirlo, ma sgraziatamente ogni tentativo è frustrato nelle sue più legittime speranze, e tardivamente siamo spettatori delle complicazioni che io vi ho segnalate.

La causa principale degli insuccessi è devoluta a ciò che noi siamo costretti ad abbandonare nel ventre delle porzioni di tube ammalate.

Io non posso credere di essere stato il solo ad osservare dopo la salpingectomia l'insorgere delle peri e parametriti, delle metriti dolorose, della degenerazione sclerotica, o della comparsa di nodi fibrosi, poichè la regressione dell'organo dopo la castrazione o non accade, o di rado, e ciò tanto più se si opera in età ancor fresca.

Certamente, che io vi ho mostrato dei postumi tardivi penosi dopo la castrazione totale dalla via vaginale, ma io gli ho osservati in casi ove l'intervento laparotomico era rimasto soltanto esplorativo.

Malgrado la sua importanza tralascio di discutere l'argomento della cicatrice addominale, e dei postumi sventramenti. Ma basandomi sui risultati tardivi osservati dopo gli interventi radicali sugli annessi, io credo di aver diritto di affermare che la castrazione totale dalla vagina deve essere l'operazione di elezione.

Si è rimproverato a questa operazione il suo carattere *fatale,* si obbietta che una volta cominciata deve essere *fatalmente* portata a termine. Se si comincia l'operazione colla apertura dello spazio del Douglas, e subito colle dita si esplori lo stato degli annessi, si può *sempre,* insisto sulla parola, assicurarsi sul loro stato. Se entrambi gli annessi sono ammalati si praticherà la castrazione totale, se invece uno solo è il lato affetto, si sceglierà il partito della ovaro-salpingectomia unilaterale per la via vaginale.

Io mi attenni a questo sistema in 13 casi senza avere un solo insuccesso operatorio, tuttavia ebbi tre recidive dal lato rispettato, e dovetti addivenire per 2 volte alla isterectomia due o tre mesi dopo la operazione.

Così operai alcune cisti salpingee molto voluminose ed aderenti, alcune cisti ovariche, alcune gravidanze extrauterine, e recentemente una cisti sierosa dell'ovaio in una donna gravida di 3 mesi, senza che sopravenisse l'aborto. Questa malata aveva subito 13 mesi prima l'isteropexi vaginale per retroflessione uterina.

Concludendo: nelle affezioni unilaterali degli annessi la via operatoria da preferirsi è spesso quella *vaginale:* nelle affezioni bilaterali degli annessi la castrazione totale dalla vagina, è da preferirsi alla salpingectomia bilaterale per via addominale.

Fritz Frank (Colonia sul Reno). — **Sul drenaggio addominale.**

L'autore si è occupato di questa questione fino dal 1881. Egli riassume così le sue idee: col drenaggio dell'addome si viene a separare la parte ammalata della cavità dalla parte sana e a trattarla extraperitonealmente, come si tratterebbe una ferita cava di un'altra parte del corpo. Egli ritiene che applicare il drenaggio senza eseguire una specie di incapsulamento della località è un procedere pericoloso. Egli dimostra che questo incapsulamento si può ottenere facilmente in qualunque parte, e cita 21 casi in cui si evitò completamente la peritonite. L'ideale di tutti sarebbe la chiusura del ventre, ma questo non si può sempre ottenere e allora « *potius remedium anceps quam nullum!* » Il drenaggio è richiesto nelle operazioni difficili, nei casi più pericolosi in cui bisogna abbreviare l'operazione, interrompere la narcosi, in cui penetra del liquido putrescibile o putrefatto nel ventre, oppure quando non si può tacitare l'emorragia. All'incapsulamento si può aggiungere poi occorrendo, l'incisione dalla vagina in secondo tempo della tasca dove si ha raccolta del liquido.

Zweifel (Lipsia). — **Due nuove sezioni congelate di donna partoriente.**

Prima di tutto comunica il modo con cui furono preparate le due sezioni congelate. Dopo di aver messo il cadavere in una cassa di zinco, fu coperto da un mucchio di ghiaccio e di sale, e mantenuto per 8 giorni alla temperatura di 10 centigradi sotto zero. Il corpo della gravida duro come una pietra fu tagliato in senso longitudinale con una sega, avendo segnato prima con una matita dermografica la direzione del taglio. Di una metà del corpo furono fatte anche delle sezioni verticali all'asse longitudinale. Il primo preparato proveniva da una donna, che fu portata nella clinica durante un grave coma eclampsico, e vi morì senza aver partorito. La morte la colpì nel momento in cui la testa del feto si era disimpegnata. Contrariamente alla nostra aspettativa il tronco del feto non fu espulso e siccome era già morto da parecchio tempo fu lasciato stare in posto. Come si constatò in seguito era insorta una lacerazione spontanea nell'utero. Furono prese anche le forme in gesso dell'utero vuoto e del feto. Il gesso del feto dimostrava chiaramente l'influenza che esercita il canale genitale sulle inflessioni del feto durante il meccanismo del parto.

Il secondo preparato proveniva da una donna che morì per placenta previa, dopo finito il rivolgimento. Anche in questo preparato si poteva

osservare tutto il canale genitale e si potè vedere che il podice del bambino dopo eseguito il rivolgimento non comprimeva il lembo distaccato della placenta contro la parete uterina, ma era invece il torace che adempiva a questo ufficio. Su questi preparati furono fatte anche osservazioni intorno alla cervice uterina, la rottura dell'utero, e il segmento inferiore. L'autore venne alla conclusione: *che non esiste un segmento uterino inferiore nel modo come lo intende Schroeder, cioè una parte dell'utero che si lasci distendere passivamente.* La parte *distesa che si vedeva in questi preparati era dovuta alla cervice uterina e non al corpo dell'utero.* In fatti dappertutto su quella donna distesa si potè constatare la mucosa cervicale, alla presenza delle sue ghiandole caratteristiche e rivestite da alto epitelio cilindrico.

Discussione. — Il prof. **Pestalozza** crede che non si possa generalizzare questa opinione di Zweifel, perchè il caso Zweifel è uno solo, e l'opinione degli altri è fondata sulla moltiplicità dei casi. Ritiene quindi che il segmento inferiore si formi a spese del corpo dell'utero e non a spese della cervice.

Anche il prof. **Acconci** sostiene le opinioni del prof. Pestalozza.

Calderini (Parma). — **Figure anatomiche.**

Presenta 7 figure anatomiche rappresentanti il bacino della donna coi relativi organi contenutivi, che potè ricavare da sezioni di cadaveri congelati. Furono fatte tre serie di sezioni su questi bacini di gravida e puerpera, facendo delle sezioni più o meno parallele allo stretto superiore e facendone anche di quelle in senso antero-posteriore; furono eseguite anche tutte le sezioni delle pelvi di due bambine onde fare delle considerazioni sullo scheletro del bacino e sul cellulare pelvico.

Pozzi (Parigi). — **Sulla cura della sterilità nei casi di stenosi cervicale e nei casi di vaginismo.**

Egli nota che spesso la sterilità è data dalla forma viziata del collo dell'utero. Il *collo conico* con un piccolo orificio esterno, e il *collo tapiroide,* possono essere causa della sterilità. La dilatazione della cavità cervicali, che accompagna queste due condizioni del collo, in causa del raccogliersi del muco nella cavità cervicale stessa, può essere causa di dismenorrea. Il Pozzi invece della dilatazione o incisione dell'orificio esterno, le quali danno solamente degli effetti temporanei, propone *la stomaco-plastica collo svuotamento commissurale del collo.* Cita

un caso di sterilità che durava da 5 anni in cui egli col suo processo potè favorire la gravidanza. Il processo del Pozzi consiste nel dividere il collo uterino in due larghi lembi anteriore e posteriore, e aggiungere l'asportazione di un prisma triangolare di tessuto uterino dai margini dei lembi del collo così formato. Questi margini vengono poi ravvicinati (dopo essere stati così svuotati), per mezzo di sutura in seta. Rispetto poi alla *sterilità dovuta alla iperestesia dei residui imenali e dell'ostio vulvare,* il Pozzi propone di rimediare a questo fatto in due modi: prima di tutto spostare la zona isperesterica facendola scivolare all'esterno; secondo, ingrandire la vulva e indebolire lo sfintere vulvare. Il primo scopo lo ottiene collo scolpire sull'ostio vaginale un lembo quadrangolare che comprende la mucosa e il connettivo facendolo scivolare all'infuori e prolungando poi tanto a destra, come a sinistra una delle incisioni preparatorie sino a comprendere il muscolo sunominato. La sutura definitiva risulta crociata rispetto alla prima incisione per la quale fu inciso lo sfintere e che aveva la direzione di un raggio dell'ostio vaginale.

Foreau de Courmelles (Parigi). — **Del raschiam. uterino elettrico colla bielettrolisi e il trattamento pirogalvanico.**

Il raschiamento col cucchiaio di Recamier usato molto in questi ultimi tempi non ha sempre dato buoni risultati. Non evita sovente la laparotomia o l'ablazione di organi. Trattandosi che il raschiamento alla Recamier è una vera operazione nella quale si adopera il cloroformio, nella quale vi è emorragia, e l'ammalata è obbligata all'immobilità successiva, ho tentato di studiare se l'elettricità potesse offrirci delle risorse se non migliori, almeno uguali, diminuendo però lo spavento che sentono gli ammalati per una operazione e i pericoli presentati da ogni operazione. I miei studi che durano da parecchi anni, mi hanno fatto scoprire due metodi: uno lento e l'altro rapido.

Il metodo lento è il primo che ho studiato, esso consiste a utilizzare nella cavità uterina le reazioni chimiche che possono prodursi per mezzo di correnti elettriche continue messe in contatto con agenti terapeutici. Quivi non si tratta solamente di trasporto di un medicamento, ma di un vero scambio complesso tra gli elementi del tessuto ammalato che subisce l'elettrolisi e quelli del medicamento che subisce pure l'elettrolisi. Questa doppia elettrolisi io l'ho chiamata bielettrolisi, essa produce dei corpi allo stato nascente, la cui azione terapeutica è estremamente potente. Questo metodo che si può impiegare in molti altri casi, io lo adopero nel raschiamento, impiegando come conduttori uterini della corrente elettrica continua, sia dei tubi che racchiudono dell'joduro di

potassio, sia dei bastoncini metallici di rame, ferro o zinco. Questi apparecchi non agiscono nell'organismo se non sopra i punti dove si vuole agire, le rimanenti loro parti sono ricoperte e isolate per non avere dispersione di corrente. Così noi possiamo produrre dell'jodio, della potassa, dell'acido jodidrico, degli ossi cloruri di rame e di ferro allo stato nascente.

L'impiego di questa cura, con un numero di sedute che varia da 10 a 30, guarisce le endometriti senza recidiva nè complicazioni. Ogni seduta dura da 15 a 20 minuti e non richiede che delle correnti di deboli intensità che può variare da 30 a 50 milliampère. Questo metodo si è tanto volgarizzato dopo le mie prime comunicazioni all'Accademia delle Scienze e all'Accademia di Medicina di Parigi 1890, che un certo numero di colleghi in massima buona fede credettero di averlo scoperto. D'altronde il prof. Péan avendo ottenuti numerosi risultati nella sua clinica dell'Ospedale S. Luigi, ha approvato la bielettrolisi e ne ha consacrato l'uso con una comunicazione all'Accademia di Medicina di Parigi il giorno 8 novembre 1892. Questo metodo lento che si applica sopratutto alle metriti pure e semplici, cede il campo al metodo rapido quando si tratti di propagazione dei fatti morbosi agli annessi. Questo processo rapido io l'ho chiamato trattamento pirogalvanico. Si tratta di portare un'ansa galvanica speciale nella cavità uterina, dilatata in precedenza, che può agire conscientemente, quantunque si trovi in questa oscura cavità organica. Si possono determinare i punti morbosi sui quali bisogna agire, perchè le correnti continue deboli, determinano un dolore più forte sulle parti malate che non sulle parti sane. Queste differenze sono avvertite dall'ammalata; questo principio diagnostico elettrico è vero tanto se si tratti di cute denudata o di mucosa ulcerata. Al manico del cauterio galvanico verranno ad attaccarsi nell'ansa galvanica (che prima serve di elettro esploratore) il filo di uno dei poli della corrente debole e i fili della corrente termica. Chiuso il circolo della corrente esploratrice con un elettrodo placca addominale, il dolore farà diagnosticare un punto ulcerato: allora con una pressione si farà passare la corrente termica graduata in precedenza, per lo spazio di tempo da 2 a 3 secondi. Senza ritirare l'ansa, la si lascia raffreddare per 30 secondi, altrimenti il calore provocherebbe nell'ammalata un dolore che sarebbe di impaccio. Dopo di ciò si può fare una nuova ricerca del punto ammalato col mezzo della corrente continua debole, si può provocare una nuova corrente termica e così di seguito.

Naturalmente l'ammalata non è cloroformizzata, in quanto che essa stessa deve aiutare il medico nella diagnosi, colla sua sensibilità. Questa operazione non provoca quasi dolore, non provoca emorragia nè complicazioni ulteriori, e la rivoluzione che essa produce qualche volta ha fatto guarire l'infiammazione degli annessi. Otto giorni di riposo a letto

e l'antisepsi rigorosa durante e dopo l'operazione bastano ad assicurare l'esito della medesima.

Conclusioni: Il raschiamento elettrico è indoloro e di una innocuità assoluta. Può sostituire l'operazione chirurgica del raschiamento. Può essere praticato in due modi: I. con un processo lento di bielettrolisi: azione delle correnti elettriche continue colla addizione di sostanze medicamentose: tubi racchiudenti delle soluzioni terapeutiche, jodurate o altro; sostanze metalliche, rame, ferro, zinco. — II. Processo rapido o trattamento pirogalvanico: corrente continua debole, esploratrice per determinare i punti ammalati, dove poi si fa arrivare una corrente termica che distrugge questi punti e colpisce solo in questi punti il processo patologico.

Draghisto (Bucharest). — Caso di morte della partoriente per lacerazione del cuore.

In questo caso rarissimo l'autopsia rivelò la degenerazione grassa del cuore. L'aderenza del cuore col pericardio, la lacerazione del muscolo cardiaco e della pleura che era pure aderente.

Questo interessantissimo caso fu esaminato dal prof. Babes dal punto di vista microscopico, istologico e batteriologico.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Luglio 1894. Num. 7.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

21 AUG 94

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell'Istituto suddetto.

(Continuazione, vedi pag. 102).

c) Per lo più si ebbe a fare con casi di stenosi, e non di atresia vaginale, associata talvolta a restringimento del canale cervicale, quasi sempre conseguenza dei parti antecedenti. In siffatti casi, prima che il Porro facesse la sua proposta dell'amputazione utero-ovarica, si praticò il taglio cesareo conservatore senza sutura (osservazioni di Lewy (1), di Galabin (2), ecc). Ma il Breisky ebbe a scrivere: « tali casi offrono una delle più gravi indicazioni del taglio cesareo, poichè la vita della madre vien messa in grandissimo pericolo per effetto dell'ostacolo al libero deflusso dei lochii. » Secondo il citato A. non riuscì mai il taglio cesareo fatto in queste condizioni (3). L. Kessel, dopo aver riportato le parole del Breisky, aggiungeva: « sotto questo punto di vista non si possono ritenere come accidentali gli esiti letali avutisi nei casi di Lewy e Galabin, ma debbono riguardarsi come prodotti necessariamente dallo stato

(1) Bibl. for Laeger, 1860, p. 59. Riv. in: *Monatschr. f. Geburtsk.*, 1863, Bd. XXI, supplement, p. 179.
(2) *Trans. of Obst Soc. of London*, Vol. XVIII, p. 252.
(3) « Die Krankheiten der Vagina. » 1879, p. 60.

di cose preesistente » (1). La via a seguirsi oggigiorno, dovendosi praticare il taglio cesareo, ci venne additata da St. Braun. Questo Op. in un caso, allo scopo di assicurare il libero deflusso dei lochii, tentò dalla via del ventre la perforazione delle cicatrici vaginali con un trequarti Flourant, e l'esito fu favorevole (2). La condotta quindi a tenersi in questi casi sarebbe la seguente: fatto il taglio cesareo, cercare dapprima di ottenere dal di sopra una sufficiente dilatazione del canale vaginale o cervico-vaginale da assicurare la libera eliminazione dei lochii, anche adoperando un drenaggio utero-vaginale (3); se a ciò non si riesce, ricorrere all' amputazione utero-ovarica. Schauta si era proposto appunto di comportarsi a questo modo nel suo 2.° caso (4), ma dovette rinunziarvi a causa dello stato cattivo dell' endometrio. Non mi pare preferibile la sutura utero-addominale, perchè l'impicciolimento fisiologico dell'utero-puerperale viene ostacolato dalla sutura e produce dal canto suo un forte stiramento sui punti di sutura; nè sembrami commendevole il taglio cesareo conservatore associato al drenaggio utero-addominale, come fece Adolphi nel suo caso (5), poichè può riuscire abbastanza pericoloso, come questo stesso A. ebbe a notare, potendo aversi dal tratto dell'utero non suturato versamento di sangue e dei lochii nel cavo addominale con le conseguenze relative; e difatti nel suddetto caso, a seguito di considerevole emorragia insorta in 3.ª giornata, si dovette avere il passaggio di una certa quantità di sangue ed anche dei lochii nel cavo addominale, per cui si ottenne la guarigione a prezzo di una peritonite settica. L'A. dice che aveva l'intenzione di fare la operazione Porro, ma se ne astenne per l'esistenza di numerosi cordoni perimetritici nello

---

(1) « Ueber die Behandlung der Geburt bei Atresia der Vagina. » *Berl. klin. Woch.*, 1887, N. 29.

(2) « Ueber die sectio caesarea conservativa bei narbigen Verwachsungen in der Vagina. » *Przglad lekarsk*, N. 40 e 41, 1880.

(3) Non bisogna però essere molto corrivi a crearsi una via artificiale attraverso le cicatrici; si tenga presente il caso di Weinbaum (*Wratsch*, 1884, N. 44), in cui, per procurare il libero scolo ai lochii, si cercò di penetrare nella vagina dal di sopra lungo l'intestino, e non vi si riuscì; ed essendosi tentato lo stesso in avanti, si ferì la vescica. Si praticò il drenaggio dell' utero attraverso questa ferita mediante un catetere elastico. La donna morì al 3.° giorno di peritonite, a cui certamente non furono estranee le lesioni inferte.

(4) WEYDLICH. « Zwei Fälle von Porro-Operation bei Vaginalatresie. » *Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd. IX.

(5) « Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt bei nahezu vollständiger Vaginalocclusion mit glücklichem Ausgang für Kind und Mutter. » *Deutsch. med. Woch.*, 1889, N. 8.

spazio di Douglas, i quali gl'impedirono di applicare il laccio elastico sull'istmo. (E perchè non far ricorso alla costrizione manuale?) — In quanto al modo di trattamento del peduncolo in questi casi, darei la preferenza all'affondamento, processo retroperitoneale. Così facendo è ridotta a minimi termini la porzione di collo uterino che si lascia in sito, e non è quindi necessario di ricorrere al governo extra-peritoneale (ventro fissazione), come fece lo Spaeth di Amburgo (1), allo scopo di stirare il canale fistoloso per facilitare il deflusso attraverso la vagina dei secreti esistenti nel moncone.

d) Triplice può essere la terapia allorchè l'indicazione al taglio cesareo è fornita dal carcinoma uterino: o fare l'operazione conservatrice, o l'amputazione utero-ovarica, o infine l'estirpazione totale dell'utero. Se non esistono le condizioni per cui si giudica estirpabile l'utero *in toto* con grande probabilità di evitare una recidiva, si darà la preferenza all'operazione conservatrice in quei casi in cui mercè un generoso raschiamento preliminare, secondo il consiglio di Mangiagalli (2), siasi in grado di permettere il libero deflusso dei lochii (praticando, se è necessario, anche il drenaggio utero-vaginale), e di rimuovere il più che sia possibile le masse neoplastiche in via di sfacelo, mettendo così la ferita uterina in condizioni favorevoli di aderire *per primam.* In casi opposti si ricorrerà all'operazione Porro, dando la preferenza al governo extraperitoneale [Mangiagalli, Sutugin (3)], come quello che offre maggiori garanzie di successo (4). Intanto la prognosi in questi rincontri, anche ricorrendo all'operazione Porro, non è così fausta (mortalità 50 0[0), e ciò dipende dalla difficoltà di disinfettare la vagina e le masse cancerigne occupanti questo canale, e dalla facilità con cui i focolai putridi e settici posti in grembo al neoplasma possono infettare il peritoneo peri-peduncolare.

---

(1) Loco citato.

(2) « Due casi di taglio cesareo col metodo Porro per rare indicazioni. » *Annali di Ost.*, 1890, p. 230.

(3) « Therapie des mit Schwangerschaft und Geburt komplicirten Gebärmutterkrebses. » *Wratsch*, 1890, N. 10 e 11, e *Zeitschr. für Geburtsk. u. Gynäk.*, Bd. XIX.

(4) Non sempre l'ablazione del corpo dell'utero sarà possibile; possono darsi dei casi come per es.: quello di Teuffel (*Arch. f. Gynäk*, Bd. XXXIV, Hft. 2, 1889), in cui il cancro siasi così esteso che non è possibile di applicare il laccio elastico, e non è dato di formare un peduncolo; in siffatti casi non rimane altra via che il taglio cesareo conservatore con accurata sutura del viscere.

e) L'indicazione dell'amputazione utero-ovarica in questi casi era stata fissata dal Porro (1), ma il primo a tradurla in atto, per quanto è a mia conoscenza, fu il Linkenheld (2). Però il caso di Linkenheld passò inosservato, non così quelli di Fasola e di Freund jun. e Bayer operati quasi contemporaneamente. Conosciutisi questi ultimi casi, le osservazioni congeneri andarono subito moltiplicandosi, così che oggi se ne possiede un buon numero (16 casi) (3). È notevole come il solo Wyder abbia operato ben tre volte per questa indicazione. Poggiandosi sul felice risultato ottenutosi nei casi del Wyder, Clara Russ (4) faceva rilevare anche in maniera più insistente che non facesse il Porro che: « tra le indicazioni dell'operazione Porro citate nei manuali se ne dovesse mettere un'altra, la quale forse in avvenire, dato il continuo crescendo della cerchia delle indicazioni del taglio cesareo conservatore, è chiamata ad occupare un posto non piccolo, cioè: la forte emorragia atonica in seguito di taglio cesareo conservatore, la quale non ceda ad alcuna altra terapia. » Io credo invece, e questa è anche la convinzione di Sänger (5), che l'asportazione dell'utero fatta per questa indicazione andrà soggetta a restrizioni in avvenire, poichè mi pare che finora in generale si ricorse a questa risorsa, o per sbaglio di tecnicismo, o per non aver messo in opera tutti i mezzi atti a scongiurare la perdita sanguigna. La costrizione dell'istmo uterino, anzi che col laccio elastico, è preferibile si faccia con le mani. Fasola, Wyder (vedi C. Russ), Fritsch, Leopold (ved. Münchmeyer), Staude furono di avviso che nei loro casi, a produrre l'atonia, molto contribuì la costrizione col laccio elastico. D'altro canto Fritsch, per es., confessa con quella lealtà che lo distingue di essere stato nel suo caso molto timido (6). E certamente non è stato Fritsch il solo che si è fatto troppo imporre dall'emorragia! Prima di ricorrere all'asportazione del viscere, fa d'uopo mettere in opera tutti i mezzi adatti a combatterla, quali il massaggio uterino con le mani o con pezzi di garza caldi, le iniezioni sottocutanee di

---

(1) Loco cit., pag. 80.

(2) Loco cit.

(3) Sono 16, compresi quello di Linkenheld testè citato e quello di Fritsch, entrambi trascurati nel computo statistico, perchè pubblicati incompletamente (Vedi nota a pag. 860, anno 1892).

(4) Loco cit.

(5) « Kaiserschnittfragen » *Centralbl. für Gynäk.*, 1890, ptr. 12, p. 196.

(6) « Sechzig Fälle von Laparomyomotomie, etc., » pag. 25.

tintura di segale, un'irrigazione endo-uterina con acqua calda a 40° sterilizzata, lo zaffo utero-vaginale con garza, come fece lo Schauta in un caso con esito felice (1), e perfino l'elettricità, come praticò Treub in un caso (2), sperimentando la corrente faradica. Qualora tutti questi mezzi sieno rimasti inefficaci, non rimane altro scampo che asportare la matrice. — In questi casi alcuni fecero ricorso al trattamento extraperitoneale, altri preferirono l'intraperitoneale. Secondo me, urgendo qui per lo più di terminar presto l'operazione, avuto riguardo alla emorragia e alla lunga durata dell'atto operativo, fa mestieri ricorrere a quei processi che, mentre sono sicuri, sono più spicci, senza preoccuparsi dell'ideale operatorio: si praticherà quindi la ventro-fissazione del moncone, previa costrizione elastica, ovvero anche l'affondamento con la legatura elastica perduta.

f) Il Porro aveva riconosciuto come indicazione assoluta del suo metodo: « la gangrena, l'usura, le alterazioni della tessitura uterina, vuoi per lungo tempo di durata del parto, vuoi per rozzi maneggi tentati ed eseguiti, vuoi infine per particolari accidentalità (3). Questa indicazione però rimase assorbita, dirò così, dall'altra molto più ampia che prescriveva di fare l'amputazione utero-ovarica in ogni caso di parto cesareo. Difatti nei primi anni che seguirono alla proposta del Porro, allorchè in un dato caso esisteva infezione in concomitanza di un vizio pelvico, non si riguardò l'infezione come indicazione peculiare dell'amputazione utero-ovarica, sibbene la pelvica viziatura, venendosi così a considerare quale indicazione dell'operazione Porro quella che in realtà era l'indicazione del taglio cesareo. L'ulteriore svolgimento cui è andata incontro la questione del taglio cesareo dal 1882 in poi ha messo le cose a posto, poichè ha precisato le indicazioni del taglio cesareo in generale e quelle dell'amputazione utero-ovarica in particolare. Si deve a Schlemmer (4), ma più specialmente a Sänger (5) di aver stabilito come indicazione dell'operazione Porro l'infezione dell'utero *sub partu*. Però anche in tale qui-

---

(1) Comunic. dell'Op. alla Soc. Ost. e Gin. di Vienna, seduta del 10 ottobre 1891. *Centralbl. für Gynäk.*, 1892, N. 20, pag. 390.

(2) Loco cit.

(3) Loco cit., pag. 80.

(4) Loco cit.

(5) « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen, etc., » pag. 199.

stione, come in molte altre, si sono toccati gli eccessi. Da qualcuno si è praticata l'operazione Porro quando non c'era altro che un semplice sospetto d'infezione per numerosi riscontri fatti, o per una durata piuttosto lunga del travaglio. Ora ciò evidentemente è un eccesso di precauzione non giustificato perfettamente e nocivo alla donna. Nella letteratura sono registrati molti casi, nei quali furono fatti riscontri in gran numero e la durata del soprapparto fu abbastanza lunga; malgrado ciò, grazie ad una disinfezione accurata, non si ebbe in puerperio elevazione termica. D'altro canto vi è stato qualcuno che ha fatto il taglio cesareo conservatore in caso di physometra e morte del feto con febbre alta (1). Or pur ammirando la buona intenzione di coloro che desiderano di limitare anche in questo campo quanto più è possibile il taglio cesareo seguito dalla demolizione dell'utero, non si può affatto disconoscere che qui si è esagerato nel senso opposto. Su questa quistione mi duole dover dissentire dal Fritsch che ebbe a scrivere: « se havvi febbre elevata io vedrei in ciò l'indicazione dell'operazione Porro. Se la febbre è leggiera senza sintomi di setticemia, ed io trovassi segni di decomposizione putrida nell'utero, io laverei, causticherei, jodoformizzerei, raschierei la decidua nel sito della sutura, zaffando l'utero con garza al jodoformio (2). » Comportandosi alla detta maniera, non si è sicuri di distruggere completamente il focolaio d'infezione indovato nella mucosa uterina, la quale partecipa più o meno al processo di decomposizione, non essendo lecito d'immaginare un'avanzata putrefazione del contenuto uterino con integrità dell'endometrio. Eppoi è dato conoscere con certezza ad occhio nudo, se in un dato caso i microorganismi sieno localizzati nell'endometrio esclusivamente, ovvero sieno già penetrati più o meno profondamente anche nel miometrio? In questa seconda eventualità i mezzi adoperati per distruggere i germi sarebbero insufficienti. D'altra parte si può avere una febbre leggiera con decomposizione del contenuto uterino, e la setticoemia essersi già iniziata. Un caso del genere occorso nella clinica ginecologica di Breslavia (prof. Fritsch) ci è stato narrato dal Fränkel. La donna, affetta

---

(1) Citerò per es.: l'Eckerlein; ma l'operata andò incontro in puerperio a sintomi di peritonite abbastanza intensi e ad un ascesso utero-addominale nell'ambito della sutura uterina. *Centralbl. für Gynäk.*, 1892, N. 8.

(2) « Zur Vereinfachung des Kaiserschnittes. » *Centralbl. für Gynäk.*, N. 23, pag. 396.

da vizio pelvico (c. v. 7,5 ctm.) morì al 5.° giorno di peritonite settica (1). Secondo me, se nel cavo uterino esistono segni di decomposizione putrida (liquido amniotico fetido, physometra, alterazione delle secondine) con alterazione più o meno sensibile dell'endometrio, anche che la febbre sia leggiera, è condotta più prudente di fare l'ablazione dell'utero. Mi asterrei da questa pratica nei casi di febbre così detta funzionale (2), la quale si dilegua senza eccezione nei primi giorni del puerperio. — Finora ho supposto l'infezione limitata esclusivamente al corpo dell'utero; se così fosse, rimuovendo questo con le regole dovute, venendosi a sopprimere il focolaio dell'infezione, si potrebbe ottenere la guarigione. Ma se invece il processo settico si è sviluppato a preferenza nel tessuto del collo e nelle sue vicinanze, come accade ordinariamente (lunga durata del travaglio, tentativi di liberazione manuali e strumentali), con la sola asportazione del corpo dell'utero non viene ad esser rimossa la sorgente principale dell'infezione. Che anzi, secondo Sänger (3), l'amputazione utero-ovarica favorirà qui il crescere dell'infezione, in quanto che essa verrà a trapiantare il collo infetto direttamente nel cavo addominale. Per questi casi Sänger contemplava l'asportazione totale dell'utero (4), ma la sconsigliava per ragioni che non è qui il luogo di addurre. Io penso invece che in tali rincontri questa rappresenti la condotta più razionale, come sarò per dire in prosieguo. Che se non si creda opportuno di praticare l'estirpazione di tutto l'organo, merita la preferenza il governo extraperitoneale (ventro-fissazione), sussidiato dal drenaggio cervico-vaginale.

g) Analizzando le sette osservazioni in cui il taglio cesareo con la modifica Porro fu praticato per minaccia di morte imminente, si scorge come non in tutte la paziente poteva considerarsi in istato di agonia nel senso ristretto di questa parola, cioè condannata a morte prossima ed inevitabile, conforme alla definizione che il prof. Morisani diede

---

(1) « Ueber Kaiserschnittmethode. » *Deutsch. med. Woch.*, 1891, N. 34.

(2) Vi sono, come è noto, dei casi (vizio pelvico, rigidità delle parti molli, ecc.), in cui la febbre tiene esclusivamente ad un'abnorme attività delle contrazioni uterine, senza che esista infezione. Veggasi su questo particolare tra gli altri lavori quello recente del Winter: « Fieber in der Geburt. » *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. XXIII, 1892.

(3) « Kaiserschnitt bei Uterusfibromen, etc., » pag. 195.

(4) Loco cit.

dello stato agonico (1). Nel caso di Franzolini (10°) l'operazione non fu fatta soltanto nell'interesse del feto, ma anche subordinatamente in quello della madre, nell'intento di facilitare con la diminuita pressione endo-addominale la funzione circolatoria. Nel caso di Martin (120°) l'operazione fu fatta principalmente in benefizio della madre, la quale era talmente aggravata, che sveniva pel solo sforzo della defecazione. In quello di Kehrer (158°) nell'esclusivo interesse della madre, essendo il feto già morto, allo scopo di venire in aiuto delle condizioni generali ed anco locali. Ciò significa allargare la cerchia della indicazione, poichè è noto che il taglio cesareo su donna agonizzante finora fu consigliato e fatto per salvaguardare la vita pericolante del feto, senza alcun riguardo alla madre. — Se il taglio cesareo sia giustificato nei casi or ora citati ed in altri analoghi, in cui pur essendo la malattia della madre assolutamente mortale, l'esito letale non è da aspettarsi in tempo brevissimo; ovvero, non essendo la malattia della madre d'indole assolutamente letale, insorgano dei sintomi, per i quali si sa con certezza per esperienza che la vita fetale viene sacrificata prima della materna, ammesso, s'intende, che vi sieno tutte le altre condizioni richieste pel taglio cesareo, non è qui il luogo di discutere, poichè io non fo uno studio generale del parto cesareo *ante-mortem*. — Per quanto riguarda la scelta del metodo operatorio, nei casi in cui l'operazione sia stata fatta per indicazione assoluta, essa è indifferente, considerata la cosa in sè stessa. In simili rincontri alcuni operatori hanno preferito di suturare il viscere (2), altri hanno giudicata miglior condotta l'operazione Porro. Carrara preferì quest'operazione per due ragioni: una d'indole generale, per mettere la donna in condizioni più favorevoli per la guarigione, nel caso che la prognosi di morte prossima si fosse smentita; una d'indole particolare, relativa al caso concreto, in quanto che non trovandosi facile il distacco della placenta, si temeva di un'emorragia ricorrendo al distacco forzato (3). Mangiagalli si pronunziava contro l'uso del metodo Porro, perchè induce un'inutile mutilazione, ed offre lo spettacolo di strappare l'utero

---

(1) « Sul parto cesareo nella donna agonizzante. » *Giorn. intern. delle scienze mediche*, 1883, pag. 668-9

(2) Vedi il mio lavoro: « Il taglio cesareo conservatore ecc., » al capitolo indicazioni.

(3) « Sopra un caso di taglio cesareo seguito da amputazione utero-ovarica in donna moribonda, ecc. » *Giorn. intern. delle scienze mediche*, 1884, pag. 13-14.

e le ovaie da una donna spirante; inoltre importa un traumatismo maggiore che non il taglio cesareo con sutura, non che la costrizione di molti ed importanti elementi nervosi, la quale influisce sfavorevolmente sul circolo e sul respiro. Io darei anche la preferenza al taglio cesareo conservatore, avendo la precauzione di fare contemporaneamente lo zaffo del cavo uterino, per evitare un'emorragia da mancata retrazione dell'utero, non difficile a potersi verificare, a causa delle condizioni generali della paziente, nel qual caso questa, *caeteris paribus*, soccomberebbe un poco prima, il che, quando potesse evitarsi, tornerebbe sempre a vantaggio della reputazione di chi opera.

h) Nelle cisti dell'ovaio di natura dermoide o non, indicato che sia il taglio cesareo, si deve ricorrere all'amputazione utero-ovarica allorchè il tumore non si possa estirpare lasciando *in situ* la matrice, ed esso riempia siffattamente lo scavo da impedire il libero scolo dei lochii, anche applicando un drenaggio utero-vaginale; ovvero quando vi sieno altre condizioni dell'utero che esigano per conto loro l'operazione Porro. Ma non pare che gli operatori, in generale, si fossero attenuti a questi criterii.

i) Per considerazioni innanzi svolte non diedi posto nelle mie tavole statistiche ai casi di rottura uterina con passaggio più o meno completo del feto nel cavo peritoneale (1); vi accolsi invece i casi di rottura

---

(1) Alle 24 osservazioni congeneri innanzi riportate vanno aggiunte queste altre:

25. JASTREBOFF (Varsavia). IV. 1885. Morte della donna. (Comunic. di F. Neugebaner).

26. PORAK (Parigi). 6. III. 1886. 31 anni, VIIpara. Feto passato completamente nel cavo addominale, morto. Lacerazione nell'unione del corpo col collo, diretta obliquamente a destra. Tratt. extraper. Costrizione metallica ed aghi di trasfissione. Morte al 7.° giorno per peritonite settica. (E. L. FAILLE. « Étude sur la gastrotomie dans le ruptures utérines. » Paris, 1886, p. 38-46).

27. TAUFFER (Budapest). 3. X. 1888. 41 anni, VIpara. Bacino normale. La presentazione rimase sconosciuta; solo si potè sapere che due medici avevano fatto a domicilio alcuni tentativi di liberazione, a seguito dei quali si sarebbe verificata la rottura. Feto passato in totalità nel cavo addominale, morto. Peritonite incipiente avanti l'operazione. Tratt. extraper. Morte in 3.ª giornata coi sintomi di peritonite. (SCHULTZ. « Zur Aetiologia und Terapia der Uterusruptur. » *Orvosi Hetilap*, 1891, N.r 15-17 e 19, e comunic. epist. dello stesso in data del 20. IX. 1893).

28. TAUFFER (Budapest). 30. XII. 1889. 30 anni, VIIpara. Bacino osteomalacico. Presentazione pelvica. Feto passato in totalità nel cavo addominale, morto. Tratt. extraper. Al 6.° giorno sintomi di ileus, per cui venne riaperta la ferita addominale. Morte per peritonite. La causa della rottura deve ascriversi all'angustia pelvica, e probabilmente alle cicatrici del collo dovute ai parti antecedenti. (SCHULTZ, loco cit., e comunic. epist.).

29. BERRY HART (Edinburg). Feto passato completamente nell'addome, morto. Tratt. extrap. Ago

incompleta appartenenti a G. Braun e a Sänger. I casi di Halbertsma e Boni erano stati registrati nella statistica da Godson (N. 54 e 134), Mangiagalli, Truzzi, ecc. Nel caso di Boni la grave emorragia avutasi dopo i tentativi di rivolgimento fatti a causa di presentazione di spalla fa ammettere come molto probabile la rottura incompleta dell'utero; però questa non fu accertata nè durante l'atto operativo, nè all'autopsia. Non è qui il luogo di discutere se sia giustificato il taglio cesareo in casi di presentazione traversale con rottura uterina incompleta in cui siasi ricorso al taglio cesareo. Se la lacerazione è tale da essere riunita con esatta sutura, ammesso, s'intende, che non vi sia già infezione, è lecito essere ancora conservatori legando i vasi sanguinanti, regolarizzando le superficie lacerate e riunendole a tutto spessore, allo stesso modo che si è cucita la ferita cesarea. Questo procedimento, a quanto pare, avrebbe voluto seguire il Braun nel caso citato, in cui dopo la solita incisione cesarea la rottura incompleta del segmento inferiore, a causa delle manovre fatte per sprigionare il feto, divenne completa; ma se ne astenne, non potendosi suturare con sicurezza l'estremità inferiore della lacerazione peritoneale. Se poi la rottura presentasse margini contusi, quasi sfacelati, ovvero a causa della sua estensione in basso non potesse essere cucita a tutto spessore nella parte declive, per cui bisognasse limitarsi alla sutura della sierosa, sarebbe indicata l'ablazione (parziale o totale) dell'utero. È inutile dire che se questa fosse giustificata da altre indicazioni presistenti od insorgenti durante l'operazione, neppure se ne potrebbe fare ammeno. Nel caso di Sänger, per es., l'isterectomia sopravaginale fu indicata precipuamente dall'alterazione della tessitura dell'utero. È lecito ricorrere all' operazione Porro, anzi che all' estirpazione totale, qualora

---

di fissazione. Morte. (« On the treatment of ruptura of the uterus. » *Edinb. med. Journ.*, 1890-91, Vol. XXXVI, p. 35).

30. Borickowsky. 1892. IIIpara. Fibro-mioma retrocervicale aderente al sacro, della grandezza di un uovo di struzzo. Infezione già incoata. Feto passato completamente nel cavo addominale, morto. La lacerazione, del segmento antero-inferiore, giungeva fino in vicinanza del labbro anteriore del collo. Tratt. extraper. Sutura del tratto della lacerazione posta al di sotto della superficie di amputazione. Morte subitanea lo stesso giorno per collasso. Alla sezione segni di peritonite settica. *(Juzno-Russkaja Med. Gazeta,* 1892, N. 6).

31. Bossi (Genova). 11. XI. 1892. 26 anni, IVpara. Bacino piatto-rachitico. C. v. 8 ctm. Presentazione di spalla. Durante l'estrazione sui piedi si produsse la rottura. Feto passato in totalità nel cavo addominale, morto. Affondamento del peduncolo legato con laccio elastico. Guarigione. (Loco cit.).

Su questi 31 casi gravano 20 morti = mortalità del 64. 5 0[0.

facendo l'amputazione sopravaginale sia dato rimuovere tutta la parte lacerata.

j) Nei casi di eclampsia, nei quali si fosse ricorso al taglio cesareo (1), si dovrebbe in generale prescegliere il metodo conservatore, e solamente quando esistesse avanti l'atto operativo o insorgesse durante questo l'indicazione dell'asportazione dell'utero, sarebbe lecito preferire l'operazione Porro. Che se essendo la paziente affetta da nefrite cronica, si giudicasse opportuno di renderla sterile, affine di evitare in una gravidanza successiva l'aggravarsi della malattia e le conseguenze della medesima, si potrebbe ottenere più razionalmente lo scopo con la legatura delle trombe.

k) Nei casi di ernia della cicatrice cesarea con minaccia di rottura in soprapparto, come in quello di Kufferath, mi pare più giustificata l'operazione conservatrice, previa resezione del tratto delle pareti uterine assottigliato. Si noti che se nella inferma di Kufferath, operata la prima da Delassus, si ebbe a registrare il detto inconveniente, ciò fu dovuto principalmente all'essersi malamente suturato l'utero. Quando poi in seguito a ripetute operazioni si temesse che l'utero potesse andare incontro a rottura nell'ambito delle cicatrici in una nuova gravidanza ed in un nuovo soprapparto, si potrebbe a scopo profilattico fare la legatura delle trombe, non mai l'amputazione utero-ovarica.

l) Nel caso di Lesi la testa fetale, rimasta nei genitali dopo l'uscita del tronco, poteva benissimo essere estratta con opportuni istrumenti *per vias naturales,* prima e dopo la fatta decapitazione. Non era quindi il caso di fare il taglio cesareo; ma, una volta praticatolo, si doveva fare la sutura dell'utero e non l'operazione Porro, non avendo ormai più valore le ragioni addotte dal Lesi a favore di questo secondo procedimento.

m) Nel caso di Bagot (414°, distacco prematuro dalla placenta in 8.° mese, seguito da grave emorragia e collasso con cervice uterina non dilatabile), pur ammettendo che il taglio cesareo fosse giustificato, il che è discutibile, non vi era ragione di fare l'ablazione dell'utero, per ragioni che s'intendono facilmente dopo quanto finora sono andato espo-

---

(1) Uscirei dai limiti dell'argomento se discutessi qui la quistione per quanto importante per tanto controversa relativa all'indicazione dell'operazione cesarea nell'eclampsia.

nendo. Parimenti controindicata sarebbe nei casi di placenta previa l'operazione del Porro, consigliata calorosamente da Lawson Tait (1), supposto che siasi ricorso al taglio cesareo.

n) Nel caso di carcinoma diffuso del retto operato da Zweifel (472°) l'amputazione sopravaginale dell'utero fu giustificata per essere il feto in via di putrefazione, e per essersi le masse carcinomatose in preda a disfacimento icoroso fatto strada nel cavo addominale (2).

o) Nel caso di Fritsch (emorragia considerevole dalla superficie anteriore dell'utero già cesarizzato, dalla quale erano state scollate delle anse intestinali aderenti) fu indicata l'asportazione dell'utero; è a prevedersi però fin da ora che con i mezzi che oggi si commendano e si adoperano per scongiurare le aderenze peritoneali (asepsi del cavo peritoneale ottenuta senza antisettici di natura chimica, riguardo maggiore possibile degli intestini, stimolo della peristalsi intestinale per mezzo di lassativi amministrati il giorno dopo l'operazione, ecc...), l'occorrere in avvenire di un caso simile si potrà facilmente evitare.

Infine si trovò nei casi di gravidanza in utero abnorme l'indicazione dell'operazione Porro, se così vuolsi chiamare l'amputazione del corno gravido (3), ed il primo caso così operato fu quello di Litz-

---

(1) « An Adress on the surgical Aspect of impacted labour. » *Brit. med. Journ.*, 1890, 22 March, pag. 661.

(2) Di questo caso essendosene il Greiser occupato di proposito recentemente nella sua tesi inaugur. (« Zur Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Rectumcarcinom, » Leipzig, 1893), sono in grado di dare particolari più minuti ed anche più precisi. Trattavasi di una donna di 36 anni, VIIIpara. L'indicazione al parto cesareo era assoluta, poichè esisteva un tumore della grandezza di un pugno, avente punto di partenza dal setto retto-vaginale, non ulcerato, che riempiva quasi completamenre la vagina, duro ed immobile. Attraverso la vagina venivano fuori ad ogni contrazione materie fecali miste a pus. Operazione il 3. VII. 1892. La paziente morì 3 giorni dopo, e l'autopsia dava per risultato: carcinoma del fegato, del pulmone, della pleura, ecc., aventi punto di partenza da un carcinoma del retto.

(3) Il Truzzi riconosceva le osservazioni analoghe come veri casi di operazione Porro, poichè il feto con gli annessi venne estratto mercè ferita inferta al ventre ed all'utero, e poscia fu amputato il corno che aveva dato ricettacolo all'uovo, laddove il Sänger non le reputava tali *strictu sensu*, per la ragione che la metà dell'utero lasciata in sito può di nuovo divenire gravida, e chiamava l'atto operativo: *semi-amputatio uteri bicornis gravidi*, o *gastro-hystero-keratektomia unilateralis*, o più brevemente *gastro-hysterectomia unilateralis*. Stando quindi a quanto ne pensa il Sänger, tra i casi contenuti nel mio quadro soltanto quelli di Imlach, Landau, Riedinger, Pfannenstiel meriterebbero l'attributo di operazione Porro, perchè in essi fu asportata, oltre la metà gravida dell'utero, anche l'altra non gravida (nel caso di Imlach parzialmente).

mann (1880) (1). Prima di questo caso c'era stato quello di Köberle, nel quale si ricorse del pari alla laparotomia estraendo un feto convertito in litopedio da un corno uterino, ma il sacco fetale non fu asportato per essere estesamente aderente alle pareti addominali (2). Poco dopo del Litzmann, il Salin operò il suo caso che suscitò del pari grande interesse. D' allora in poi i casi congeneri si sono andati moltiplicando da costituire al giorno d' oggi un materiale di osservazioni abbastanza ricco (3). La importanza loro dal punto di vista anatomico, diagnostico

---

(1) WERTH. « Retention einer ausgetragen Frucht in dem unvollkommen entwickelten Horne eines Uterus bicornis. » *Arch. für Gynäk.*, Bd. XVII, p. 282, 1881.

(2) *Gazette médic. de Strassbourg*, 1866, p. 157.

(3) Ai 16 casi innanzi registrati debbono aggiungersi quelli di v. Rosthorn, Fargas, Leopold ed uno inedito operato recentemente dal prof. Morisani. L'aggiunta di questi 4 casi fa discendere la mortalità dell'amputazione utero-ovarica per gravidanza in utero abnorme al 5 0[0.

17. v. ROSTHORN (Graz). 23 anni, Igravida. Si fece diagnosi di cisti ovarica del lato destro. Oper. il 3. IV. 1888. Estirpazione del corno gravido (destro). Feto di 8 mesi e qualche giorno ritenuto per 5 mesi dopo la morte. Affondamento del peduncolo tagliato a cratere e suturato con punti profondi e superficiali. Drenaggio del cavo addominale mercè striscia di garza legata all' estremo dei fili di sutura del peduncolo. Guarigione. (« Gravidität in rudimentären Horn. Laparotomie, etc. » Heilung. *Wien. klin. Woch.*, 1888, N. 27-28).

18. FARGAS (Barcellona). 19 anni, Ipara. Il 24. XII. 1891, a termine di gravidanza, si manifestarono tentativi infruttuosi di espulsione, ed in seguito accessi eclamptici. Si fece diagnosi di gravidanza extrauterina. Operazione il 27. VI. 1892. Feto in via di macerazione. Costrizione elastica del peduncolo, grandemente corto, e tratt. extraper. Guarigione. (« Embarazo extra-uterino ectópico. » Barcellona, 1893, p. 9-14).

19. LEOPOLD (Dresden). 35 anni, Vgravida. Gravidanza di 5 mesi. La diagnosi venne fatta avanti l'operazione che fu eseguita il 26. X. 1893. Asportazione del corno gravido (sinistro). Tratt. del peduncolo, spesso due traversi di dito, nella maniera descritta dall' A. per la miomectomia. (Loco cit., *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIII, p. 181). Guarigione. (Comunic. del dott. Wehle alla Soc. ginecol. di Dresda, seduta del 14. XII. 1893. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1894, N. 4).

20. MORISANI (Napoli, Istituto Ostetrico-Ginecologico). 42 anni, VIIpara. Ultima mestruazione il 10. V. 1893; il 2. II. 1894. espulsione della caduca sotto forti dolori. Si era fatta diagnosi di fibroma sotto peritoneale. Operazione il 14. III. 1894. Si estirpò un voluminoso tumore, di forma ovoidale col polo più piccolo in alto, aderente al margine sinistro della matrice, previo taglio del legamento infundibulo-pelvico sinistro fra due legature e del peritoneo sulla faccia anteriore del tumore, e facile scollamento di questo dal pavimento pelvico, ed infine previo taglio del peritoneo rivestente la faccia posteriore del tumore e di alcune fibre di tessuti sotto-peritoneali, che ancora tenevano in connessione il tumore enucleato all' utero. Fu legato su quest' ultima superficie di taglio un' arteria di grosso calibro. Spaccato il tumore, vi si trovò un feto di sei mesi circa in istato d' incipiente macerazione. Il tumore non aveva neppure lo accenno di un peduncolo, e la sua cavità non era in comunicazione con l' utero. Il decorso post-operatorio fu dei più soddisfacenti. Dai dati raccolti durante l' atto operativo (fra gli altri fu riscontrato quello di Ruge, vedi appresso) e dall' esame del pezzo asportato, io mi sono formato il concetto che in questo caso si ebbe a fare con una gravidanza nel corno sinistro atresico di un utero bicorne, con ritenzione per 4 mesi circa del feto morto a 6 mesi (missed abortion). — Questo caso sarà descritto più minutamente in apposito lavoro dal dott. Leocata, Assistente dell' Istituto.

ed operativo è tale, che io non posso fare ammeno di sottoporle ad un'analisi critica alquanto minuziosa, la quale, se riuscirà piuttosto lunga, sarà giustificata dall'interesse stesso dell'argomento (1).

In primo luogo è degno di considerazione il fatto che per lo più nei casi di corno così detto rudimentario, si ebbe a fare con multipare.

Nella grande maggioranza dei casi si trattò di *uterus bicornis unicollis uno latere rudimentarius* (secondo la denominazione di Ruge-Sänger); in un caso di *uterus bicornis unicollis* con ernia inguinale del corno gravido (caso di Winckel); in uno di *uterus bilocularis seu septus* (caso di Riedinger).

Nei casi di utero bicorne con corno così detto rudimentario, questo corno fu trovato per lo più atresico, vale a dire non fu possibile con la ricerca microscopica del tratto di connessione scovrire un condotto di comunicazione, fosse anche obliterato, tra il corno gravido e l'altra metà dell'utero. Si ebbe a fare con un'atresia primaria, reale del corno, cioè faciente parte della malformazione, mentre in qualche caso l'atresia fu solo secondaria, apparente. Per darsi spiegazione del non essersi trovata una comunicazione nel suo caso, Wiener ammetteva, dividendo l'opinione di Kussmaul (2), che, data l'angustia del canale di comunicazione, questo siasi obliterato dopo il concepimento a causa del crescimento di una specie di decidua dalla mucosa del tratto di connessione del corno.

Non mi fermerò ad esaminare il caso importantissimo di Winckel, nel quale per la prima volta venne osservata un'ernia uterina coincidente con la gravidanza e con anomalia di sviluppo dell'utero: chi voglia avere nozione completa di questo e di casi analoghi legga la dissertazione molto elaborata di Eisenharth (3).

Nel caso di Riedinger la metà uterina gravida era atresica, ma l'A. non si fidò pronunziarsi in modo assoluto sul reperto della sua osservazione, perchè non era stato osservato ancora un utero biloculare con atresia di una metà.

---

(1) Il lettore, che non voglia darsi la pena di scorrere per intero questo studio analitico, potrà limitarsi a leggerne la parte posta in fine riguardante il trattamento della gravidanza nel corno accessorio.

(2) « Von dem Mangel, etc. der Gebärmutter. » Würzburg, 1859, p. 124-63.

(3) Loco cit.

Qui cade in acconcio di toccare la quistione, se nei casi di utero bicorne il corno gravido atresico o imperfettamente canalizzato meriti sempre la denominazione di rudimentario. Wiener è stato il primo a segnare con un? lo appellativo di rudimentario (1), ed in seguito Ginsberg nella sua dissertazione, scritta sotto l'ispirazione di Pfannenstiel (2), si pronunziava contro la generalizzazione della suddetta qualifica. Tre caratteri sono stati messi innanzi per differenziare un corno gravido realmente rudimentario da uno che non lo è, quali: 1.° la mancanza di comunicazione del corno gravido con l'altra metà dell' utero [Turner (3)], laddove nell'utero bicorne unicolle ben sviluppato il tratto di connessione col collo è perfettamente canalizzato; 2.° la differenza di struttura tra il tratto più sottile e il più spesso della parete del corno gravido, avendo trovato il Werth nel tratto più spesso tre strati muscolari, uno esterno ed uno interno con decorso parallelo delle fibre ed uno medio con decorso irregolare ed incrociato di queste, laddove nel tratto più sottile quest' ultimo strato faceva difetto; 3.° la connessione del corno gravido col vuoto mercè di un lungo e sottile cordone muscolare (Wiener). Or la prima caratteristica non è sufficiente a farci dichiarare un corno rudimentario; bisogna invece tener di mira la conformazione del corno in generale, ma più specialmente la sua capacità funzionale. Se il corno in esame per rapporto alla muscolatura, ai vasi sanguigni, ecc., è sufficientemente ben conformato; e se inoltre esso è atto a far giungere a termine la gravidanza senza disturbi, come avvenne in parecchi casi che saranno citati in seguito, non si è autorizzati a dargli la qualifica di rudimentario; i corni realmente rudimentarii sono incapaci di portare a maturità il prodotto, per cui non debbono andar confusi coi primi. Il secondo carattere non sarebbe costante, avendo Wiener trovato nel tratto sottile delle pareti del corno gravido lo strato medio di fibre mancante nel caso di Werth, ed esistendo molto probabilmente anche nell' utero bicorne normale gravido la stessa disposizione delle fibre muscolari che

(1) « Schwangerschaft im rechten (rudimentären?) Horne eines Uterus bicornis, etc. » Loco cit.

(2) Loco cit.

(3) « On malformations of the organs of generation. Second series. Foetation in a rudimentary uterine corner. » *Edinburgh med. Journ.*, 1866, p. 971.

(4) Loco cit.

è proprio, secondo Werth, dello sviluppo rudimentario. Il terzo distintivo, invece, merita di essere tenuto in considerazione. Esaminando attentamente sotto il rapporto della loro connessione con l'utero i corni adatti a funzionare, Ginsberg stabiliva il principio, che quanto più nella continuità si fa il passaggio di un corno nell'altra metà dell'utero, tanto meno il corno è rudimentario. La gradazione della connessione sarebbe questa: peduncolo lungo e sottile; peduncolo più corto e più spesso (caso di Wiener, ecc.); assenza di qualsiasi peduncolo (casi di Pfannenstiel e Morisani). Concludendo, si dovrà caratterizzare per rudimentario quel corno che non è capace di funzionare interamente, ed, in via subordinata, che è riunito all'utero mercè un lungo e sottile peduncolo. All'incontro non merita tale denominazione quel corno che è dotato di sufficiente capacità funzionale, a malgrado che esso sia impervio o solo imperfettamente canalizzato, e mostri la differenza di disposizione delle fibre muscolari invocata dal Werth tra il tratto più sottile ed il più spesso della parete, rappresentando queste condizioni una leggera aberrazione dalla costituzione normale dell'utero bicorne unicolle.

Per quanto riguarda il lato in cui ebbe luogo la gravidanza nel corno accessorio, in 8 casi questa si verificò al lato destro, in 8 al sinistro. Queste cifre, benchè in scarso numero, farebbero ammettere una frequenza eguale pel lato destro e pel sinistro, in opposizione a quanto ritennero Merkel, Carus ed altri autori antichi, che ammisero più frequente la gravidanza nel lato sinistro.

Come potè aversi la gravidanza nel corno assolutamente impervio? Per spiegare il fatto si ammise per alcuni casi (Sänger, Landau (2.° caso), Winter (1), ecc.), la migrazione esterna dell'ovulo *(trasmigratio ovuli extrauterina)*, essendosi trovato il corpo luteo così detto vero *(corpus luteum graviditatis)* sull'ovaio del lato opposto a quello del corno gravido: per altri casi (Pfannenstiel, Wyder (2), ecc.), s'invocò la migrazione esterna dello sperma *(trasmigratio seminis extrauterina)*, per essersi rinvenuto il corpo luteo così detto vero sull'ovaio appartenente allo stesso lato del corno gravido. Mangiagalli, pur riconoscendo che le odierne ricerche tendono piuttosto ad escludere la possibilità di distin-

---

(1) Loco cit. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLI, Hft. 1, Nr. 2, p. 182.

(2) *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, Nr. 19, p. 365.

guere il corpo luteo della gravidanza da quello falso, ammise come più probabile nel suo caso la trasmigrazione esterna del seme, avendo trovato nell'ovaio corrispondente al corno asportato evidenti vestigia di voluminoso corpo luteo. Si potrebbe essere assolutamente certi dell'avvenuta migrazione esterna dello sperma, qualora l'ovaio del lato opposto a quello del corno gravido fosse addirittura mancante. Inquanto alla migrazione esterna dell'ovulo, essa è oramai riconosciuta da tutti dopo le ricerche sperimentali con risultato positivo di Leopold, Kireieff, Bruzzi, Heinricius e Vicarelli, ma la migrazione esterna del seme attraverso la cavità addominale dalla tromba di un lato all'ovaio del lato opposto, pur essendo da molti ammessa, non è stata, per quanto io mi sappia, sperimentalmente dimostrata (1).

E una volta che l'uovo fecondato capitò nel corno atresico, come potè trovarvi il suo sito d'impianto, o con altre parole l'ematometra del corno non ostacolò l'impianto dell'uovo? Himmelfarb (2) e Landau (3) hanno ammesso che, perchè un corno così detto rudimentario divenga gravido, è necessario che sia amenorroico; ma questa ipotesi sembra essere in contradizione con lo sviluppo normale del corno per rispetto alla mucosa e ai vasi sanguigni. Leopold (4) riconobbe nella mucosa uterina la proprietà di riassorbire il sangue mestruale, che si verserebbe soltanto in quantità piccola, a causa della ristrettezza della cavità; ma egli non dimostrava la sua asserzione. Nè si può star contenti, come fa il Wiener, nell'ammettere che, ad onta di sufficiente sviluppo, il corno impervio talvolta non esercita la sua funzione (5). Si ammise da qualcuno che il corno aperto mestruasse in modo vicariante; ed infine Ginsberg diede questa spiegazione, senza volerla assegnare come certa, che, cioè, il corno atresico lasci scorrere il suo sangue mestruale, naturalmente asettico, nella cavità addominale, e che questo venga riassorbito, sia

---

(1) Si potrebbe arrivare a provarla operando, come io ho fatto, delle coniglie, o delle cagne con la recisione, previa doppia legatura, di uno dei corni uterini in vicinanza del punto di separazione dal compagno, ovvero lungo il tragitto, e con l'asportazione dell'ovaio del lato opposto. Del risultato, qualunque esso siasi, di questi miei esperimenti darò comunicazione in prosieguo.

(2) « Ueber Nebenhornschwangerschaft. » *Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 18.

(3) Loco cit. *Berl. klin. Woch.*, 1890, Nr. 35.

(4) Seduta della Soc. ost. e ginec. di Lipsia del 20. XI. 1882. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, Nr. 20.

(5) Loco cit., pag. 248.

dal peritoneo, sia in piccola parte anche dalla mucosa, ammesso che la quantità del sangue non sia troppo grande. Forse questa ultima ipotesi è la più plausibile; ma la quistione dell'ematometra rimane ancora un punto oscuro nella patologia della gravidanza in un corno accessorio.

In parecchi casi (Litzmann, Salin, Wiener, Macdonald, Fritsch, Pfannenstiel, Treub, Fargas) la gravidanza raggiunse il suo termine naturale, vale a dire il feto giunse a maturità (1) e fu ritenuto nel corno per un tempo più o meno lungo (2). Nel caso di Sänger il feto morì al 7.° mese e fu ritenuto per 9 settimane (missed abortion), allorchè fu praticata l'operazione. Nei casi in cui il corno gravido non comunicava col canale cervicale l'atresia del corno fu naturalmente la causa dell'impossibilità del parto. Per quelli in cui una comunicazione esisteva, la spiegazione, secondo Küchenmeister (3), deve trovarsi nel fatto, che « nel punto di comunicazione si trovava un vuoto nella muscolatura, e non uno sfintere muscolare, come si rinviene al collo e alla bocca dell'utero. » Secondo Wiener (4) una spiegazione più plausibile per la mancanza del parto sarebbe data dalla differenza di spessore nelle pareti del tratto superiore ed inferiore del corno gravido. Nel caso di Litzmann lo spessore delle pareti uterine nella parte superiore del sacco era di 4 mill., nella inferiore di 1,5 cent., in quello di Wiener lo spessore delle pareti nella parte superiore era di 4 mill., nella inferiore di 1,8 cent. (5). Si affaccia quindi, senza volerlo, l'idea che le contrazioni delle parti superiori, deboli nella muscolatura, non sieno state in grado di allargare le parti spesse, forti di muscolatura del tratto inferiore e del peduncolo

---

(1) Resta così definitivamente dimostrato non consentaneo al vero il principio di Kussmaul (Loco cit.), che fino a pochi anni fa aveva dominato come assioma, che cioè la gravidanza in un corno accessorio non possa arrivare a termine, ma si debba piuttosto in ogni caso tra il 3.° e il 6.° mese avere rottura del corno con passaggio del feto nel cavo addominale, come accade ordinariamente nelle gravidanze tubariche.

(2) Secondo Angus Macdonald nella maggioranza dei casi di ritenzione di feto maturo (missed labour di Oldham, o parto pretermesso) si tratterebbe appunto di gravidanze in un corno accessorio di utero bicorne.

(3) « Ueber Lithopädion. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XVII, p. 153, 1881.

(4) Loco cit., p. 249.

(5) È a notare che anche nei casi di gravidanza in un corno accessorio senza comunicazione di questo con l'altra metà dell'utero venne rilevato lo stesso fatto. Si riscontrino i casi di Himmelfarb (Loco cit.), di v. Rosthorn e di Pfannenstiel.

di connessione, e di allestire un canale sufficientemente largo pel passaggio del feto. Che anzi Macdonald (1) ammette che in contrapposto alle condizioni normali la zona del fondo di un tal sacco muscolare venga stirata mercè le contrazioni verso la zona cervicale più potente, mentre qui contemporaneamente il tessuto in preponderanza cerca di restringere sempre più l'orifizio uterino interno, invece di allargarlo: appare così manifesto come la debole zona del fondo si paralizzi più presto e sospenda più presto la sua attività che un utero normalmente sviluppato. In questa sollecita paralisi, e probabilmente nella azione debole delle contrazioni anche della parte superiore, Wiener trova la spiegazione, perchè in nessuno dei casi descritti si ebbe rottura dell'utero, come accade del resto così spesso allorquando ostacoli insormontabili si oppongano alla espulsione del feto. Le contrazioni nei vari casi furono deboli e di breve durata; e si noti che esse neppure furono dovute esclusivamente al corno gravido, ma eziandio al vuoto, che partecipò alla gravidanza mercè l'ipertrofia e l'iperplasia della sua muscolatura e la formazione di una decidua, la quale venne espulsa in soprapparto.

Il feto fu trovato nel caso di Litzmann in stato di avanzata putrefazione, nei casi di Wiener, Netzel, Pfannenstiel, di Morisani di macerazione più o meno progredita, nel caso di Fritsch di calcificazione, in quello di Mangiagalli di mummificazione.

La ritenzione del feto produsse nelle madri disturbi di varie specie, quali: sintomi di compressione e stiramento (Landau 2.° caso, Pfannenstiel), una certa forma di cachessia generale caratterizzata da perdita d'appetito, notevole dimagrimento, senso di malore; i quali fenomeni, come fanno riflettere Werth e Wiener, si possono spiegare col passaggio nel sangue dei prodotti di decomposizione, per cui si deve riconoscere al feto ritenuto un'importanza maggiore di un corpo estraneo qualunque, che sia separato dai rapporti vitali dell'organismo, ed ammettere nel corpo morto dei processi di decomposizione puramente chimici, non batterici, i cui prodotti producono intossicazione cronica e consunzione della madre. In seguito dell'infiammazione cronica dell'utero sviluppatasi durante il processo di macerazione si ebbe un'irritazione cronica del

(1) Loco cit.

peritoneo uterino, per cui sursero aderenze di questo con le pareti addominali (casi di Köberle, Salin, v. Rosthorn, Pfannenstiel, ecc.) (1).

La diagnosi clinica, meno che nei casi di Sänger e Mangiagalli, non venne fatta. Nel caso di Litzmann si fece diagnosi di feto decomposto ritenuto nella cavità di un utero normale; in quelli di Salin, Landau di gravidanza extrauterina; nel caso di Macdonald di un tumore fibroso; in quello di Wiener la diagnosi oscillò fra gravidanza anormale e un tumore, in quello di Sklifossowsky tra fibromioma e gravidanza extrauterina, in quello di Landau (2.° caso) tra cisti e mioma peduncolato, in quello di Pfannestiel tra gravidanza ectopica e tumore ovarico, ecc. In conclusione tutti questi operatori potranno ripetere con Köberle che « le diagnostic restait assez obscur, la grossesse était très-probable, mais elle n'était pas evidente et de toute manière elle était anormale » (2). Il diagnostico, grandemente difficile, lo è più nei primi mesi che in un tempo posteriore: i sintomi sono talmente simili a quelli di una gravidanza tubarica che quasi sempre si pensa a questa in primo luogo. Si potrebbe argomentare la gravidanza in un corno accessorio dal cammino arcuato del corno vuoto e dal distaccarsi mercè di un peduncolo dall'altro corno nella regione dell'orificio interno (Schröder) (3); però l'utero può essere lateroflesso anche per effetto di una gravidanza extrauterina specie tubarica, ed inoltre il palpare un peduncolo, ammesso che ciò sia possibile, potrebbe valere nei casi in cui un peduncolo esiste; ma vi sono casi, come quelli di Pfannenstiel e di Morisani, nei quali manca qualsiasi peduncolo. Si possono anche mettere a profitto pel diagnostico differenziale i sintomi eventuali d'infiammazione o di compressione, che parlano più a favore di una gravidanza extrauterina; ma essi

---

(1) Negli animali domestici si è osservato non raramente uno stato simile al descritto, allorquando avvenne la ritenzione del feto, non infrequente a verificarsi a causa della torsione dell'utero (corno) intorno al suo asse longitudinale, come pure si sono riscontrate le aderenze del sacco con gli organi limitrofi, specie col retto e con le pareti addominali (Frank, *Handbuch der thierärzlichen Geburtshülfe*, Berlin, 1876, p. 263).

(2) Loco cit.

(3) *Lehrbuch der Geburtshülfe*. Trad. ital. del dott. Rocca sulla VII Ediz. tedesca, p. 337-78, e sulla IX, p. 423-24. Recentemente L. Landau, fondandosi sul suo preparato in cui esisteva il detto peduncolo non che sui preparati descritti da Kussmaul, si pronunziava in maniera anche più assoluta a favore del criterio in quistione per la diagnosi di un corno accessorio e per quella differenziale tra questo e tutti gli altri sacchi extrauterini.

possono far difetto anche in quest'ultima. Come anche si potrebbe poggiare la diagnosi per esclusione sulla mancanza delle emorragie frequenti ed irregolari, che Carstens (1) ritiene caratteristiche per una gravidanza tubarica. Il criterio fornito da Sänger e l'altro assegnato da Landau sono insicuri. Sänger ritenne potersi fare la diagnosi specialmente con l'aiuto di contrazioni rilevabili nel sacco fetale, ammesso che siasi constatata vuota la metà sviluppata dell' utero (2); ma delle contrazioni possono constatarsi anche in un sacco tubarico, come quello che del pari contiene una muscolatura (un paragone tra sacchi tubarici ed un sacco costituito da un corno accessorio mostra come le pareti in quelli ed in questo sieno su per giù di eguale spessore); così che le contrazioni, supposto che vengano rilevate, non possono costituire un carattere differenziale tra le due specie di gravidanza ectopica. Landau fu di avviso potersi avere un segno forse patognomico nei cangiamenti constatati con tutta sicurezza nel volume e contemporaneamente nella consistenza del tumore osservato. Nel suo 2.° caso, mentre che nelle prime due esplorazioni fu trovato un tumore cistico, molle, elastico, in una successiva un tumore duro; dal che fu dato conchiudere che il liquido contenuto in questo era divenuto scarso e denso (3). Or questa variazione di consistenza dalla molle alla dura non può riscontrarsi anche in alcuni tumori?

La diagnosi anatomica è invece abbastanza facile. Nei casi in quistione il ligamento rotondo fu trovato sempre all'esterno del sacco fetale, a differenza delle gravidanze tubariche propriamente dette, in cui si sa che il detto ligamento è situato all'interno del sacco. Ma, allorchè esiste una duplicità dei corni poco accentuata, può sorgere il dubbio che non si tratti di una gravidanza interstiziale, a sciogliere il quale la posizione del lig. rotondo non è sufficiente, poichè in entrambi i casi esso trovasi al di fuori del sacco fetale. Ma, secondo C. Ruge (4) vi sarebbe il seguente dato per differenziare la gravidanza interstiziale, da quella in un corno accessorio: nella prima l'utero si svilupperebbe in massa e

---

(1) *Berliner Klinik*, 1891, Hft. 35.

(2) Verhandl d. gynäk., Sect. d. intern. med. Congr. in Kopenhagen 10-16 Aug. 1884. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXIV, p. 333, 1884.

(3) Loco cit. *Berl. klin. Woch.*, 1890, Nr. 35.

(4) SCHROEDER. *Lehrbuch der Geburtshülfe*. Trad. ital. sulla IX, p. 458. Veggansi le due figure schematiche comparative.

gli annessi uterini dei due lati partirebbero da questa massa totale ed unica; nella seconda esisterebbero due masse uterine, separate da una insellatura più o meno pronunziata, e gli annessi uterini del lato non gravido avrebbero il loro punto di partenza dall' estremo superiore del corno terminantesi a forma di fuso. Per Küstner si avrebbe un altro carattere differenziale tra la gravidanza in un corno e quella tubarica nell'esistenza di una vera decidua. L'A. fu d' avviso che nei corni così detti rudimentarii potesse formarsi tanto una decidua incompletamente sviluppata, in modo da non avere glandole, quanto una decidua completamente sviluppata, e forse anche una riflessa (1). Sotto questo rapporto le gravidanze in un corno accessorio sono state poco studiate. Scanzoni e Kölliker non trovarono nei loro casi alcuna decidua; Werth nel caso di Litzmann al posto della decidua riscontrò dappertutto un sottile strato di detritus, il quale era separato da un largo strato di tessuto connettivo dalla muscolare. Landau in fine della sua pubblicazione annunziava che la ricerca microscopica dell' endometrio aveva dimostrata una decidua bene sviluppata. Pare che anche Ginsberg pel caso di Pfannestiel sia giunto allo stesso risultato.

Ed eccomi finalmente alla terapia. Questa dovrebbe esser diversa a seconda che si tratta di una gravidanza in un corno rudimentario *stictiori sensu* di un utero bicorne, ovvero in un corno soltanto atresico o incompletamente canalizzato, ma nel resto bene sviluppato, in quanto che nel primo caso si dovrebbe procedere issofatto all'estirpazione del corno per la quasi certezza di una rottura, nel secondo si potrebbe aspettare tranquillamente fino a termine per cercare di salvare madre e figlio, conoscendosi che queste seconde gravidanze possono toccare il termine senza rottura della cisti fetale. Questo sarebbe l'ideale del trattamento; ma siccome non è possibile stabilire *in viva* il diagnostico con sicurezza tra le due varietà di gravidanza, non appena riconosciuta la gestazione in un corno, ammesso che siasi giunto a diagnosticarla a principio, bisogna asportare il corno gravido. Se poi la gravidanza in un corno accessorio cadesse sotto l' osservazione negli ultimi mesi, e il feto fosse vivo, si potrebbe fare ammeno di procedere subito all'operazione, conoscendosi che la rottura del corno non avviene, ma aspettare

(1) Muller's, *Handbuch d. Geburtshülfe*, Bd. II, p. 552.

il termine della gestazione ed operare dopo che siensi constatati dei tentativi infruttuosi di espulsione, ma non tali che in seguito di essi il feto soccomba (1). Wiener in questi riscontri, ammesso che non sieno sorti prematuramente sintomi di macerazione intrauterina o di putrefazione, vorrebbe operare alcune settimane dopo gli infruttuosi tentativi di espulsione, poichè con la morte del prodotto viene a finire lo stimolo per un forte afflusso sanguigno ai genitali; ecco perchè, secondo l'A., non si ebbe la più piccola emorragia nell'estirpazione del corno gravido, ad onta di numerosi vasi sanguigni, e questa minore vascolarità del peduncolo affondato non è stata, a quanto pare, senza importanza pel decorso post-operatorio, perciocchè un pezzo di tessuto legato più asciutto offre un terreno di coltura meno favorevole pei processi di decomposizione, che non un tessuto molto succulento e vascolarizzato. Quando poi il feto morto è ritenuto nell'utero, si è autorizzati, non appena fatta la diagnosi di ritenzione, d'intraprendere la rimozione del corno gravido. La ritenzione del feto può dar luogo a serii inconvenienti prossimamente o in un tempo più o meno lontano. Per quanto riguarda le conseguenze remote (alle prossime ho accennato innanzi), può aversi in modo impreveduto, sempre in seguito della penetrazione di germi della putrefazione dalla vagina o dall'intestino, una infiammazione ed una suppurazione con tutte le sue conseguenze (sepsis, peritonite, aperture fistolose attraverso i varii organi) (2). Sänger propose pel primo al Congresso medico internazionale di Copenhagen (3), in base ai casi di Litzmann, Salin, e proprio, l'amputazione del corno gravido. Questa è indicata onde evitare i pericoli provenienti: 1.° dall'impossibilità assoluta allo scolo dei lochii, nel caso, che è il più frequente, in cui il corno gravido non sia canalizzato; 2.° dalla possibile produzione di un ematometra; 3.° da una nuova gravidanza. A dire del citato A., le probabilità di guarigione per la madre in questa operazione sono molte, perchè il peduncolo non contiene giammai una cavità e può essere affondato (4). A Wiener sembrò che

(1) Per lo più gli operatori intervennero troppo tardi, cioè quando il feto era già morto.

(2) Nel caso oramai celebre di Pfeffinger-Fritze il feto morì in 5.° mese e trasformato in litopedio fu ritenuto nell'utero per più di 30 anni, dopo di che andò incontro a suppurazione e la paziente morì di setticemia.

(3) Loco cit.

(4) Sänger intendeva parlare, a quanto pare, dei corni realmente rudimentarii.

l'estirpazione del corno gravido potesse paragonarsi all'ablazione di un mioma sottosieroso peduncolato, ma non identificarsi a nessun costo con una operazione Porro genuina, perchè nell'estirpazione di un corno fa mestieri aprire un sol ligamento largo, si lascia un peduncolo non troppo spesso e poco vascolarizzato, e rimangono separate l'una dall'altra vagina e cavità addominale, grazie alla mancanza in quasi tutti i casi di un canale di comunicazione del corno gravido con la cervice; oltre a ciò, rimanendo in sito un organo capace di generare, non viene impedito un ulteriore concepimento, che anzi è reso più possibile (1). Nel caso di Pfannestiel questo ideale di lasciare la donna nel possesso della facoltà generatrice non fu conseguito, perchè vennero estirpati entrambi i corni; vero è che il corno gravido era molto sviluppato nella profondità, ma, se si fosse tralasciata l'applicazione del laccio elastico e si fosse cercato di enucleare il corno gravido previa allacciatura e recisione del solo ligamento largo corrispondente, si sarebbe potuto risparmiare il corno non gravido. In quanto al trattamento del peduncolo, bisogna dare la preferenza al governo intraperitoneale, come fecero quasi tutti gli operatori. Non è necessario di affondare il peduncolo con laccio elastico, come praticarono Sänger, Wiener, essendo poco accentuata la vascolarizzazione del peduncolo, e d'altra parte tenuto conto degli inconvenienti inerenti all'uso del laccio. Qui sembrami che il miglior processo sia di scavare il peduncolo a cratere; e, previa causticazione ed asportazione della mucosa del sottile canal cervicale, nel caso esista, di affrontare le superficie recise della muscolatura mercè sutura continua a strati, senza comprendere nei punti il peritoneo, ed in ultimo di riunire questa membrana con sutura anche a sopraggitto con seta. Mercè l'affondamento si lascia l'altra metà dell'utero nella posizione che le è propria nella pelvi. Nel caso che esista infezione del peduncolo si può fare, come nel caso di Litzmann, il trattamento extraperitoneale. È superfluo il dire che se vi siano aderenze del corno accessorio con la parete addominale, con l'intestino, ecc., le quali possono rendere in certo modo difficile l'operazione, saranno trattate allo stesso modo che in tutte le altre operazioni fatte nel cavo addominale.

---

(1) Le pazienti di Sänger, Salin, Wiener e Fargas dopo l'operazione diventarono ben presto incinte.

CAPITOLO V.

Estirpazione totale dell' utero (1).

Parte storica.

Come gia dissi, il Cavallini verso il 1768 fu il primo a fare l'estirpazione totale dell' utero dopo il taglio cesareo su di una cagna in soprapparto, la quale soccombè in quarta giornata, ma, a dire dell'A. la morte avrebbe potuto scongiurarsi se fossero stati legati i vasi uterini, *quod quidem obiter monendum erat, ne inanis hæmorragiae metus ab id generis tentaminibus timidiores deterreret animos* (2).

Devesi pertanto a G. P. Michaelis, medico di Harburg, la prima proposta dell'estirpazione totale dell' utero quale presidio del taglio cesareo, come rilevasi dal seguente brano: « che il pericolo (dell' operazione cesarea) muova sopratutto dalla reazione dell' organo ferito sugli altri organi, è ciò che noi vediamo, non solo per le lesioni simpatiche di altri organi, ma ancora per la esperienza che, se l'utero è totalmente estirpato, vale a dire se la sua reazione sugli altri organi è affatto soppressa, il pericolo sembra essere molto minore. Si conoscono già parecchi casi in cui l'utero fu intieramente estirpato, soventi per malaccortezza, senza che insorgessero accidenti gravi e sopratutto fenomeni consensuali. Per qual ragione? Possiamo trovarne un' altra che non sia l' as-

---

(1) Sinonimia: operazione Michaelis-Blundell, operazione Porro-Freund, *coelio-panhysterectomia caesarea, coelio-hysterectomia caesarea totalis*. Mi son servito della parola « coeliotomia » e non di quella comunemente adoperata « laparotomia », perchè la prima, al pari di gastrotomia, indica veramente il taglio dell'addome (Κοιλία, addome, ventre), laddove la seconda esprime il taglio che interessa le parti comprese tra le false costole e l'osso iliaco (λαπάρα, fianco). La operazione per un'ernia lombare sarebbe una vera laparotomia. A questo proposito noterò come già parecchi autori per indicare l'ordinario taglio delle pareti addominali abbiano abbandonato la parola laparotomia, sostituendovi quella di coeliotomia, uniformandosi così alle giuste osservazioni di R. Harris (vedi HARRIS, « Coeliotomy, ecc., » Philadelphia, 1890; e « Coeliotomie versus Laparotomie als chirurgische Bezeichnung. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, Nr. 45; e SAENGER, « Nachworth, » Ibid).

(2) Loco citato.

senza di reazione?... Si può adunque dimandarsi, se l'operazione cesarea non sarebbe per offrire minor pericolo legata che fosse all'estirpazione totale dell'utero, la cui presenza del resto non è che un male in siffatte circostanze. Questa proposta può parere un paradosso a prima giunta, ma se è vera la premessa, potrebbe anche non essere paradossale. Il modo di fare sarebbe soggetto ad alcune difficoltà, le quali egualmente potrebbero superarsi. »

Questa proposta del Michaelis, come fa riflettere il Mangiagalli, era abbastanza vaga, partendo dalla idea falsa che il pericolo del taglio cesareo derivasse specialmente dall'azione di consenso che gli altri visceri subivano a causa dell' utero, e non aveva come fondamento positivo che i risultati favorevoli avutisi nell'estirpazione dell'utero praticata da mani rozze ed ignoranti.

Non è a dire lo stesso della identica proposta del Blundell, contenuta in quella celebre memoria letta dinanzi all'Accademia medico-chirurgica di Londra nel 1823, come quella a cui l' A. giunse fondandosi dapprima su considerazioni teoriche e poscia su esperimenti negli animali. Il Blundell lasciava scritto: « quando sia eseguita l' operazione cesarea, e quando una paziente sia evidentemente per perdersi a cagione di rottura dell' utero, non si potrà esportare l' utero intiero? Mi sia concesso rammentare che la ferita formata per la estirpazione dell'utero e che può probabilmente essere molto ridotta di estensione riunendo i lembi con punti di cucitura, si sostituirebbe semplicemente alla più formidabile ferita che mi risolvo di fare nell'utero con l'operazione cesarea; e che con l' altra ora proposta sarebbe completamente portata fuori dal corpo insieme con l' utero. Se ne potrebbe fare esperimento in animali, come i conigli, che hanno l'utero assai largo. » L'A. tentò i proposti esperimenti sui conigli dal 1824 al 28, e li riferiva e commentava in una lezione agli studenti del Guy's Hospital nel 1828 (1) con le parole: « in momenti di riflessione io mi sono sentito qualche volta propenso a persuadermi che i pericoli dell' operazione cesarea potrebbero essere considerevolmente diminuiti mediante la totale rimozione dell'utero..... I conigli sono animali delicati..... Se l'operazione cesarea è

(1) *The Lancet*, Vol. II, 1829, p. 167. In MANGIAGALLI: « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo, ecc. » Loco cit.

eseguita sopra un coniglio nel modo ordinario, generalmente parlando, l'animale muore in conseguenza di essa. Invece in quattro conigli recentemente liberati io feci un'apertura al disopra della sinfisi pubica... .... Io presi un filo con un ago nel suo centro..... e lo passai attraverso la vagina; dividendo il filo io strinsi una metà sul lato destro e l'altra metà sul lato sinistro al disopra di ciascuna tuba faloppiana. Dopo di che io rimossi completamente la vagina, tagliando molto vicino al di sopra della legatura. » L'A. fissò all'angolo inferiore della ferita esterna la porzione cucita della vagina. Dei 4 conigli 3 guarirono. E conchiudenva così: « nel praticare l'operazione cesarea sul corpo umano, forse questo metodo di operare potrà rappresentare e dimostrare un miglioramento notevole. Forse voi potrete fare un poco di chirurgia ostetrica su questo campo. Ricordatevi che nell'assicurare la vagina e nel rimuovere l'utero noi veniamo a sostituire una ferita tolta all'azzardo e di piccola estensione ad una più grande e non assicurata per niente da una legatura. »

L'esperimento del Cavallini e la proposta e le esperienze del Blundell passarono inosservate; non così la proposta di Michaelis, che fu ricordata dal Kilian, ma questi ne dava un giudizio addiritura sfavorevole, come ebbi già a notare.

Bisogna arrivare fino al 1879 per vedere tradotta in pratica la prima volta sulla donna vivente la proposta Michealis-Blundell, ed il merito ne va attribuito al Bischoff di Basilea, donde qualcuno volle appellare l'atto operativo dal nome di questi, sebbene l'esito ne fosse stato infausto per la madre e pel feto. Il caso, però, non levò rumore, nè sollevò discussioni, colpa forse l'insuccesso.

Nel 1881 Malachia de Cristoforis, a cui l'osservazione di Bischoff era passata inosservata, volle che in ogni caso di taglio cesareo, invece dell'amputazione sopra vaginale dell'utero si praticasse l'estirpazione totale, come si rileva dai brani seguenti (1): « Io penso che un'altra applicazione potrebbe avere quest'operazione (isterectomia totale addominale): la sottopongo al giudizio degli specialisti, perchè ne facciano oggetto di pratica applicazione, quando dividano il mio avviso. Invece di

(1) « Le malattie della donna. » Milano, 1881, p. 491.

eseguire un'amputazione sopravaginale dopo il taglio cesareo, secondo il razionalissimo concetto ostetrico del prof. Porro, col vincolo di lasciare un grosso moncone, e di inevitabilmente doverlo esternare, collocandolo nella ferita addominale, io mi chiedo se in tal caso non convenga meglio compiere l'estirpazione totale col metodo Freund-Kocks. Io credo che si..... »

Anche Bardenheuer, quasi contemporaneamente, consigliava con calore in ogni caso l'estirpazione totale dell'utero a preferenza dell'amputazione utero-ovarica cesarea, massime perchè con la prima sarebbe stato possibile un drenaggio addomino-vaginale migliore, pratica, secondo l'A., di grandissima importanza pel successo in casi di estirpazione totale della matrice e in generale in qualsiasi celiotomia (1).

Nel caso di Warren l'estirpazione totale dell'utero fu fatta per caso, laddove l'Operatore avea in animo di praticare una Porro.

Venne poi il caso di Spencer Wells, seguito da esito infausto (carcinoma della cervice complicante la gravidanza in sesto mese), la cui pubblicazione indusse Malachia de Cristoforis a rivendicare a sè la priorità della proposta (2). Ma, dopo quanto ho detto, neanche qui possono gli operatori moderni reclamare la priorità dell'idea.

In seguito si sono avuti i casi di Schröder, Fochier, Freund sen., Murphy, Werth e Fritsch, ed in questi ultimi tempi quelli di Bossi e Zweifel.

Merita infine di esser ricordato come il Lihotzky, appoggiandosi sugli splendidi risultati ottenuti dal Chrobak col suo processo di estirpazione totale dell'utero in caso di miomi, facesse la previsione che l'istesso modo di operare sarà per essere adottato anche in casi di taglio cesareo alla Porro (3); e come il Bossi non ha guari ricorresse all'estirpazione totale, non per necessità, ma per elezione, ritenendola il vero ideale del taglio cesareo demolitore (4).

---

(1) « Die Drainirung der Peritonealhöhle. Chirurgische Studie u. s. w. » Stuttgart, 1881.

(2) « La cerarea estirpazione totale dell'utero rivendicata agli italiani, ecc. » *Lo Sperimentale*, dicembre 1882, p. 561-67.

(3) « Zur Extirpatio uteri myomatosi abdominalis. » *Wien. klin. Woch.*, N. 27, 1891, p. 488.

(4) « Sulle modificazioni al taglio cesareo Porro, ecc. » Comunicazione fatta all'Acc. med. chir. di Genova nella seduta del 12. II. 1894. *Annali di Ost.*, febbraio 1894, p. 74-87.

Casuistica.

In questa categoria di osservazioni meritano di essere compresi, per le istesse ragioni adotte a proposito dell' operazione Porro, soltanto i casi di estirpazione totale dell' utero praticata come complemento di taglio cesareo. Epperò ho lasciato da banda:

1.° i casi di estirpazione totale per carcimona della cervice (1) o per fibroma (2) operati prima dall'epoca della vitalità fetale;

2.° i casi di estirpazione totale per rottura dell' utero, o delle

---

(1) Appartengono a questo gruppo i casi di:

Spencer Wells (Londra). 22. X. 1881. 27 anni, VIIgravida. 5 parti a termine. Un aborto di 6 settimane il 1.° dicembre 1880. La gravidanza attuale era giunta alla fine del 6.° mese. Il decorso post-operativo fu disturbato da vomito ostinato e dalla riapertura della ferita addominale in 8.ª giornata per la recisione delle pareti addominali prodotta dai fili inferiori. Scollamento delle anse intestinali aderenti alla ferita e nuova cucitura di questa. Guarigione. L'esame del preparato mostrò che la bocca uterina era totalmente circondata da un tumore a cavolfiore, il quale erasi pochissimo esteso nella cavità uterina, ma che aveva infiltrato il tessuto cellulare posto a destra della cervice. Nel marzo 1882 la paziente presentava un ispessimento molto sospetto della cicatrice vaginale, mentre le condizioni generali di salute continuavano a migliorare. (« Case of excision of a gravid uterus with epitelioma of the cervix with remarks on the operation of Blundell, Freund and Porro. » *Medico-Chirurgical Transaction*, Vol. 65).

Zweifel (Leipzig). 9. X. 1888. 32 anni, VIIgravida. I sei parti antecedenti normali. Gravidanza attuale in 6.° mese. Stante il rapido progresso del carcinoma, non si potè attendere che il prodotto raggiungesse l'epoca della vitalità. L' *amputatio colli alta* avrebbe prodotto il parto prematuro, poichè la neoformazione era già diffusa parecchio in alto, e d'altro canto la estirpazione totale dava più speranza di rimuovere tutta la parte malata. Il decorso post-operativo fu disturbato da estese piaghe di decubito con elevazione termica fino a 38. 8, causate principalmente, secondo l' Op., da raffreddore. (L' inferma aveva mangiato di nascosto pezzi di ghiaccio e bevuto dell'acqua gelata). Guarigione. (« Totalextirpation einer carcinomatösen Gebärmutter im 6. Monat der Schwangerschaft. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1889, N. 12, p. 193-200).

Cittadini (Bruxelles). Carcinoma del corpo e del collo uterino, più encondroma del piccolo bacino, che rendeva lo scavo grandemente angusto. A causa di questo tumore si dovè rinunziare all'estirpazione dell' utero *per vaginam*. Risultato *quoad vitam* favorevole. (Comunic. dell' Oper. alla Soc. ginec. di Bruxelles. Vedi *Centralbl. f. Gynäk.*, 1892, N. 17, p. 335-36).

S. Stocker (Luzern). 21. IV. 1892. 29 anni, IXgravida. Gravidanza in 6.° mese. Guarigione. (« Totalextirpation eines im 6. Monat graviden Uterus wegen Carcinom. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1892, N. 38, p. 632-34).

(2) A. Martin (Berlin). 14. XI. 1888. 37 anni. Un aborto. Voluminoso mioma del corpo e due miomi del collo della grandezza di un uovo di pollo. Gravidanza in 4.° mese. Sintomi gravi di compressione ed impossibilità di un parto normale. Guarigione. (M. Gördes, loco citato).

Lanelongue (Bordeaux). 6. VII. 1892. 36 anni. Enorme tumore fibroso del fondo dell'utero. Gravidanza al 3.° mese non diagnosticata antecedentemente. Guarigione. (Comunic. dell' Oper. alla Società di Ost. Gin. e Ped. di Bordeaux nella tornata del 12. VII. 1892, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30. VII. 1892. Vedi rivista in *Arch. de Tocol.*, Sept. 1892, p. 717-18).

inserzioni vagino-uterine, operati vuoi *sub partu* (1), vuoi in puerperio (2).

Ho dato invece posto nel quadro al caso di Warren, poichè, seb-

(1) Caso di H. Coe (New-York). 21. I. 1892. Vpara, in soprapparto. Feto, passato completamente nella cavità addominale, morto. Lacerazione della parete posteriore della vagina e del segmento inferiore dell' utero. Fissazione del peduncolo vaginale (con un piccolo residuo di collo) all'angolo inferiore della ferita addominale. Drenaggio parieto-vaginale. Morte dopo 20 ore. L'Oper. manifestò l'avviso che fu un errore in questo caso la rimozione dell'utero, poichè col drenaggio vaginale attraverso la breccia le probabilità per la guarigione sarebbero state maggiori. (Trans. of New-York Obst. Soc. Meeting del 16. II. 1892, *New-York Journ. of Obst. and Gyn.*, April 1892, p. 351-54).

(2) Caso di E. Bidder (St. Petersburg). 3. XI. 1892, 37 anni, IXgravida. Bacino angusto. C. v.

CASI DI ESTIRPAZIONE TOTALE DELL' U

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
1	13. XII. 1879.	Bischoff Basel.	41 anni, VIIIpara.	Cancro del collo.	Disperato.
2	7. III. 1881.	Warren Sidney.	32 anni.	Fu fatta diagnosi di gravidanza tubo-ovarica ad 8 mesi circa.	—
3	1885.	Schröder Berlin.	—	Cancro della cervice.	—
4	15. III. 1888.	Fochier Lione.	38 anni, VIpara.	Cancro della cervice.	Sfavorevole. In trav parecchi giorni. Ac niotiche, colate dal innanzi, fetide.

bene l'operazione non fosse stata fatta deliberatamente, pur tuttavolta non si può sconvenire che in essa venne rimosso l'organo gestatore in totalità.

I casi da me raccolti ammontano ad 11. Li riunisco in un quadro sinottico, come ho fatto per gli altri casi del lavoro, affinchè il lettore possa a colpo d'occhio apprenderne i particolari più importanti.

9,0 ctm. Distacco dell'utero dagli attacchi vaginali; la vagina aderiva soltanto alla parte posteriore della cervice (Colp-aporrhexis di Hugenberger). La celiotomia fu praticata 1 1|2 ora dopo l'estrazione del feto e la fuoruscita delle secondine per le vie naturali. Guarigione. (*Centralbl. für Gynäk.*, 1893, N. 3. p. 41-43).

E COMPLEMENTO DI TAGLIO CESAREO.

Particolari dell'operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
azione col processo Freund.	† dopo 9 ore.	Vivo.	La gravidanza era nella 34.ª settimana e si era iniziato il soprapparto. Tanto la sezione cesarea, quanto l'operaz. Freund furono accompagnate da notevole emorragia. Il cancro era più progredito di quello che non parve a prima giunta. L'autopsia mostrò come fosse stato legato l'uretere sinistro.	*Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte*, 1880, N. 6; e Gönner, « Zur Therapie des Carcinoma Uteri in der Schwangerschaft. » *Zeischr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X, p. 14.
ogatura con seta fu apposta rno alla parte superiore a vagina ed il peduncolo afiato. Drenaggio addominale.	† al 2.° giorno.	† premorto.	Causa della morte: peritonite. L'utero fu rimosso nella credenza che il sacco contenente il feto fosse abnorme. W. si convinse dell'errore soltanto dopo l'esame del cadavere.	«An unpremeditated Porro's operation. » *Brit. med. Journ*, 1881, Aug. 27; Harris, « Extirpation, in error, of an impregnated uterus, at Sidney, Australia. » *The Amer. Journ. of Obst.*, 1882, January.
ciatura dei lig. infundibulovici e larghi e successiva sione, scollamento dell'u- dai suoi legami, allaccia- e recisione delle arterie rine, applicazione di un io elastico sulla parte suore della vagina, asportaie del viscere, sutura della ina e del peritoneo.	† dopo 5 ore.	—	Gravidanza a termine, travaglio avviato. Causa della morte: peritonite. L'esame batteriologico del secreto dimostrò streptococchi abbondanti.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost.-Ginec. di Berlino nella torn. del 27. XI. 1885. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XI, p. 437; e Stratz, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XII, p. 281.
inze del Doléris non arriono ad abbracciare interate il legamento largo, per furono necessarie ancora le allacciature. Le pinze fuo rimosse dopo 40 ore.	† dopo 79 ore.	† premorto.	Nel fare la celiotomia venne fuori un getto di pus. Causa della morte: peritonite purulenta già esistente.	*Lyon méd.*, 1888, 13, Maggio, p. 58.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della don nel momento della operazio
5	28. VI. 1888.	Freund sen. Strassburg.	33 anni, Vpara.	Cancro del collo con diffusione ai parametri, specie al sinistro.	Travaglio cominciato giorni. Anasarca. Ca sia.
6	12. XII. 1888.	J. Murphy.	33 anni, Vpara.	Carcinoma del collo.	In soprapparto da 2 g Prostrazione a caus l'emorragia.
7	27. IV. 1889.	Werth Kiel.	32 anni, VIpara.	Carcinoma della porzione vaginale.	Discreto.
8	—	Fritsch Breslau.	—	Voluminoso mioma della cervice. Morbo di Bright. Eclampsia.	Sfavorevole.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
iatura di ambo gli annessi cessiva recisione. Sepa- ne della cervice uterina vescica. Un assistente e in alto, mercè dita in- tte in vagina, il fornice ale anteriore, che viene ssato due volte con sutura so. Apertura del Douglas. tura doppia in 4 porzioni gamento largo destro. Nel il legamento largo sini- l'utero che da questo lato ra ancora libero si strap- questo punto si nota che esiste un grande infiltrato nomatoso, molto più esteso anto poteva supporsi.	† intra oper.	Vivo.	Gravidanza nel 9.° mese. La morte fu dovuta alla grande anemia e alla debolezza cardiaca.	Grapow, « Die Indicutionsstellung bei engem Becken, » *Zeitschr. fur Geb. u. Gyn.*, Bd. XVII, Hft. 1.
lo il feto morto, e a fine nomizzare sangue e tem- on s' incide l' organo; si i ligamenti larghi, si fa cisione trasversale in a- in maniera di liberare la a ed aprire la vagina; si le alla stessa guisa in- pel retto. Delle pinze sono piazzate sulle pareti ali; si seziona la vagina opra delle pinze e l'utero lo è rimosso. Attraverso ccia vaginale di piccole sioni si passa un drenag- vetro.	† dopo 48 ore.	† premorto	Causa della morte: esaurimento. All'autopsia nessuna traccia di peritonite o di cancro nel peritoneo.	*Brit. med. Journ.*, 1891, Oct. 10, p. 795.
della volta vaginale, scol- to della vescica dalla cer- apertura del Douglas. Ce- ia ed operazione Porro, iatura elastica dei lega- larghi, passando un lac- r ogni lato attraverso la a e sopra il ligamento in- ulo-pelvico, indi asporta- del peduncolo uterino. I coli dei ligamenti larghi e coi lacci vengono tirati gina, la breccia vagino- neale viene riempita di iodoformica.	Guarigione.	Vivo.	La paziente, rimasta per 6 mesi circa sana, soccombeva nell'aprile 1892 a causa di carcinoma pleurico.	Schultz, loco cit.
ione alla Martin.	† in 6.ª giornata.	?	Nel decorso post-operativo non si ebbe febbre. Non si sa se la morte vada imputata più all' operazione che al morbo di Bright.	Di questo caso si trova un cenno nella comunic. dell'A. alla Soc. Ost. Ginec. di Berlino, seduta del 27. II. 1891, dal titolo: « Sul trattamento intraperitoneale del peduncolo dopo la miomotomia. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1891, N. 18, p. 362.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della don nel momento della operazio
9	8. XI. 1891.	Fritsch Breslau 2.° caso.	35 anni, VIIIpara.	Carcinoma della porzione vaginale diffuso alquanto alla parete posteriore della vagina e al parametrio destro.	Discreto.
10	7. I. 1893.	Bossi Genova.	30 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. In soprappa alcune ore.
11	III. 1893.	Zweifel Leipzig.	—	Carcinoma uterino operabile.	Discreto.

Particolari dell'operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
) venne liberato dapprima attacchi laterali e forte- anteverso. Poscia fu ta- trasversalmente la va- dalla via del Douglas, . circa sotto del carci- A questo punto l'Oper. losi avvveduto che i nodi nduramenti carcinomatosi endevano fin dentro ai etrii, specie al destro, per e radicalmente la paziente ò tutte le masse cance- più o meno sensibili al	Guarigione.	Vivo.	In puerperio pneumonite embolica. Suppurazione di lunga durata della ferita vaginale.	H. Möller, « Beitrag zur Behandlung des Portio carcinoms am Ende der Schwangerschaft. » *Centrabl. für Gynäk.*, 1892, N. 6; e « Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 1891-92. » Berlin, 1893, p. 187 e 188-89.
ra dei ligamenti larghi, iendo man mano fra le re e gli annessi uterini lo che rimanessero all'e- legati i vasi, si giun- ' inserzione della vagina tero. S' incise circolar- il peritoneo e quindi il vaginale, ed assicuran- an mano dell' emostasi cci in seta posti al di del laccio elastico, si ò l'utero in totalità. Su- ei margini della vagina peritoneo.	»	»	Decorso post-operatorio apiretico.	Loco cit.
fatto prima il taglio ce- poi l'operazione Porro gatura parziale continua, esta soltanto provviso- te; indi chiusura della addominale ed estirpa- del peduncolo uterino via della vagina.	»	»	La paziente soccombè nell'agosto dello stesso anno a causa di recidiva del tumore. Il prodotto morì dopo 3-4 settimane dalla nascita in seguito a diarrea infantile.	Caso inedito. Comunic. epist. del prof. Zweifel in data del 23. XII. 1893.

Da questo quadro si rileva:

che in otto casi l'operazione fu praticata per carcinoma della cervice, in uno per mioma cervicale, in uno per osteomalacia, in un altro per errore diagnostico;

che in sette casi degli undici si ebbe la morte dell'operata, dovuta in un caso principalmente ad uno sbaglio di tecnicismo, cioè alla legatura di un uretere, in tre a peritonite, in uno ad emorragia, in uno ad esaurimento, nel rimanente al fatto dell'operazione, ma non è detto per quale ragione.

Stante la esiguità della casuistica, stante che la maggioranza di questi casi furono operati in un'epoca in cui l'estirpazione totale dell'utero *per abdomen* non aveva per anco raggiunto l'attuale perfezione nel tecnicismo, non è lecito trarre dai medesimi alcuna conclusione statistica di un certo valore. Bisogna inoltre tener presente che le condizioni generali delle pazienti avanti l'operazione per lo più non erano prospere. Contando semplicemente il numero della guarigioni e delle morti si verrebbe ad assegnare all'estirpazione totale dell'utero come complemento di taglio cesareo un percento di mortalità molto superiore a quello che quest'operazione è capace di offrire all'ora presente.

Manuale operativo.

Esporrò prima il vario tecnicismo adoperato dai diversi operatori e poi dirò quale mi sembra più accettevole.

Bischoff, cui si deve la prima operazione del genere, operò alla Freund (1).

---

(1) Wilh. Alex. Freund. « Eine neue Methode der Extirpation der ganzen Uterus. » *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge,* N. 133. — Freund, per chi nol sappia, procedè a questo modo nella celebre operazione che poi s'intitolò dal suo nome, poichè fu il primo caso in cui si fece l'estirpazione totale dell'utero *per coeliotomiam:* dopo accurata disinfezione della cavità uterina con soluzione carbolica al 10 0[0, tagliato il ventre e rimosse e tenute lontane dal piccolo bacino le anse intestinali mercè di un fazzoletto inumidito, fissò il corpo dell'utero con un filo e legò i legamenti larghi su ambo i lati *in continuitate* in 3 porzioni. Il filo superiore trapassò la sostanza della tromba e quella del ligamento dell'ovaio, il medio la sostanza del ligamento dell'ovaio (nel tragitto della legatura del superiore) e del ligamento rotondo, l'inferiore finalmente la sostanza del lig. rotondo e del fornice vaginale laterale due volte, di modo che esso dapprima venne condotto al davanti della base del ligamento largo attraverso

Spencer Wells nel caso citato si discostò alquanto dalla tecnica proposta dal Freund. Previa applicazione di un catetere elastico in vescica e di uno zaffo di cotone antisettico in vagina, eventrato l' utero integro, allacciò i ligamenti larghi con seta a destra ed a sinistra, trafiggendoli al di sotto di ciascun ovario ed assicurando così le arterie spermatiche. Distaccò poi, tenendo per guida il catetere, la vescica dalla superficie anteriore dell' utero. Essendosi rotta la parete uterina, molto sottile, ed avendo fatto procidenza il sacco amniotico, lo punse ed estrasse il feto lasciando in sito la placenta. Indi separò l'utero dalla vagina isolandolo completamente attorno al collo, e serrando in pinze a pressione tutti i vasi sanguigni che legò uno dopo l' altro con seta. Rimosso lo zaffo vaginale, cucì con seta l'apertura fatta nella vagina dopo di avervi introflessi gli estremi dei ligamenti larghi. Alla narrazione del caso l'A. faceva seguire delle considerazioni sulla tecnica operativa, di cui ecco le più importanti: 1.ª si terrà sempre pronta per l' uso una lampada a riflessione per illuminare la profondità del bacino; 2.ª sarebbe conveniente introdurre nella vagina, invece dello zaffo di cotone, un grosso pessario od un pessario modificato di Zwancke per sostenere la vagina, mentre

---

la parete antero-laterale della volta vaginale in vagina, e poi da questa attraverso la parte postero-laterale della volta vaginale al di dietro della base del ligamento largo nello spazio del Douglas. Allacciate queste tre legature su ambo i lati, venne separato il collo dell' utero dalla vescica, incidendo il peritoneo nel fondo del cul di sacco vescico-uterino e subito dopo il fornice vaginale anteriore, e sezionando poscia il peritoneo nel fondo del Douglas ed il fornice vaginale posteriore; finalmente furono tagliati i legamenti larghi nello spazio compreso fra le legature ed i margini dell' utero, e così l' utero fu completamente liberato dai suoi legami. I fili delle 6 legature lasciati lunghi furono condotti attraverso l'apertura del laqueare e stirati in guisa da produrre una specie d'introflessione in vagina dei ligamenti larghi e delle parti del peritoneo pelvico rivestenti la parete anteriore e posteriore della pelvi, da costituire così una fenditura decorrente trasversalmente fra vagina e retto, formata dall' apposizione reciproca delle porzioni illese dei foglietti anteriore e posteriore del peritoneo; dopo di che, applicato dalla via dell'addome un batuffolo di ovatta impregnato in olio fenicato (10 0[0) e provvisto di lunga ansa di filo nell'apertura della vagina, venne cucito d'avanti indietro il peritoneo rimasto illeso della detta fessura mercè una serie di punti staccati addossati gli uni agli altri. Toilette accurata del peritoneo e sutura ordinaria delle pareti addominali. Come è noto, si ebbe la guarigione. In questo caso, trattandosi di donna a 62 anni con ovaie atrofiche, F. fece ammeno di estirpare gli ovaii. L'A. considerò come un momento capitale del suo processo di fornire per bene il bacino di peritoneo, il che, egli dice, tanto più comodamente si lascerà realizzare, quanta più sostanza può esser lasciata del peritoneo pelvico e perciò anche dei ligamenti larghi. In individui giovani F. si propose di estirpare gli ovarii con l' utero, allacciando i ligamenti larghi nel punto suddetto, cioè al di qua degli ovarii, ed estirpando poscia isolatamente dai peduncoli residuali gli ovarii legati in antecedenza.

si taglia la parete vaginale all'intorno del collo dell'utero; 3.ª non sarà necessario praticare un'incisione addominale lunga come quella eseguita, qualora si evacuasse il liquido amniotico pungendo le membrane dalla via della vagina, o dopo l'apertura del ventre attraverso la parete uterina per mezzo di un trequarti; 4.ª per ottenere la emostasia, una volta legate le arterie utero-ovariche, basta l'applicazione delle pinze a compressione sui vasi sanguinanti e la loro successiva legatura; 5.ª è molto più importante chiudere perfettamente con punti di sutura l'apertura fra la cavità peritoneale e la vagina, anzi che mantenervi aperto un foro col tubo a drenaggio, a causa del pericolo inerente a quest'ultima pratica; 6.ª la sutura della vagina non è necessaria, che anzi può riuscire dannosa cagionando raccolta di sangue e di siero nel cellulare pelvico; basta la sola sutura del peritoneo (1).

Schroeder nel suo caso procedè a questo modo: dopo di aver fatta la sezione cesarea e legati gli annessi, separò a poco a poco la cervice dai suoi legami, indi legò e recise le arterie uterine. A questo punto l'utero si lasciò trarre così in alto, che egli potè applicare il laccio elastico attorno alla parte superiore della vagina ed estirpare l'utero con l'intera cervice. La vagina e con essa il peritoneo si lasciarono suturare facilmente. All'A. sembrò che questo processo, ad onta che l'esito dell'operazione fosse stato infausto, qualora sia praticabile, abbia i suoi vantaggi (2).

Fochier ricorreva alla forcipressura definitiva dei ligamenti larghi; egli si serviva di pinze Doléris, ma non riuscendo con queste ad abbracciare l'intera altezza dei ligamenti, fu costretto ad apporre delle legature: dopo 40 ore ritirò le pinze (3).

---

(1) « Dei tumori ovarici ed uterini. Loro diagnosi e cura. » Trad. ital. del dott. G. Colombo, Milano, 1884, Cap. XVIII, p. 498 e seg.

(2) « Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. »

(3) La forcipressura definitiva dei ligamenti larghi, adoperata qui per la prima volta in occasione di taglio cesareo seguito da estirpazione totale dell'utero, fu commendata in seguito da J. Kocks pei casi simili a preferenza di qualunque processo di allacciatura. (« Ueber intraperitoneale Stielbehandlung mit versenkten Klemmen und die Klemmbehandlung in Allgemeinen. » *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, Neue Folge, N. 21, aprile 1891). « Bastano due pinze, scriveva l'A., applicate dalla via vaginale e due dalla via addominale attraverso l'angolo inferiore della ferita per assicurare i ligamenti larghi e per rimuovere senza perdita di sangue l'intero organo gestatore » (Vegg. la fig. 5.ª della memoria a pag. 26). Pei grossi fibromi uterini K. prescriveva la forcipressura fatta allo stesso modo e l'asportazione totale

del neoplasma. Le pinze di cui Kocks si serve differiscono da quelle Pean-Richelot, perchè: 1.° hanno una curva pelvica più accentuata; 2.° posseggono in più una curva vaginale egualmente importante per fare che l'istrumento si adattasse esattamente alla curva del canal vaginale; 3.° i morsi ne sono più lunghi; 4.° sono più sottili e leggiere. Inoltre le pinze Kocks non hanno i morsi paralleli, ma il concavo è più fortemente incurvato che il convesso, vale a dire che tra la superficie dei morsi rimane un certo intervallo nella parte media, ad istrumento chiuso, particolarità questa la cui ideazione appartiene al Doyen (1887), e alla quale l'A. annette grande importanza per la ragione che nel chiudere le pinze i morsi non si adattano l'uno contro l'altro di basso in alto successivamente, ma gli estremi di essi vengono in contatto prima della loro parte mediana. In tal modo viene dapprima compressa la base del legamento largo, il così detto ligamento cardinale dell'A., con la parte importante di esso, l'arteria uterina; poi la parte superiore del ligamento con i vasi spermatici; ed in ultimo la parte mediana, sottile, del ligamento. Le pinze coi morsi paralleli non comprimono sufficientemente le trombe e il margine superiore del ligamento largo, e quindi possono dar luogo ad emorragie. L'A. non trova giusto di applicare le pinze al di fuori dell'ovaio, perchè questa specie di applicazione può offendere gli ureteri. Se gli ovarii debbono essere esportati, pratica che l'A. crede superflua quando gli ovarii sono normali, essa si può fare separatamente e senza difficoltà dopo l'esportazione dell'utero. I vantaggi della forcipressura in massa secondo l'A. sarebbero i seguenti: 1.° come mezzo di costrizione sorpassa tutti i metodi di legatura, qualunque sia il materiale con cui questa venga fatta; essa è da riguardarsi come assolutamente sicura dato l'uso di buoni istrumenti; 2.° essa accorcia notevolmente la durata dell'operazione, richiede quindi minor tempo che qualunque altro processo di allacciatura, per cui il pericolo della necrosi prima e dopo l'operazione come anche quello dell'infezione vengono diminuiti; 3.° la tecnica operativa viene molto semplificata, ciò che se non deve servire ad incoraggiare un'operatore senza vocazione, non può non tornar gradito al più abile operatore; 4.° parimenti sono rese impossibili le emorragie parenchimatose come le arteriose, per cui s'impedisce ai microorganismi di germogliare; 5.° viene impedito l'ingresso nel circolo per la via del peduncolo alle sostanze infettive eventualmente esistenti, ciò che non permette la legatura dei singoli vasi ed anche la legatura in massa, poichè manca la elasticità ai fili, la quale istrumenti ben costruiti posseggono, per cui quest'ultimi rassomigliano nella loro azione alle legature elastiche; 6.° i klemmer di acciaio si possono mantenere facilmente asettici, il che non è possibile di garantire per gli usuali materiali porosi ed organici, come quelli cho si adoperano per le allacciature; 7.° il lasciar in sito le pinze costituisce il drenaggio migliore; 8.° il metodo permette dopo 48 ore di lasciare la cavità addominale senza corpi estranei, la qual cosa non si verifica coi metodi di allacciatura; 9.° si evitano le lunghe suppurazioni, come espressione di processi di eliminazione del materiale di legatura. Infine l'A. consigliava di servirsi in siffatte operazioni della posizione elevata del bacino, la quale egli per primo nel 1878 avrebbe adoperato e descritto (Vegg. la fig. 6.ª del lavoro citato; si consulti al proposito l'altro lavoro dell'A.: « Ueber die Beckenhochlagerung und ihre Verworthung durch Herrn prof. Trendlenburg. » *Deutsch. med. Woch.*, 1880, n. 17), e che si può ottenere dovunque per mezzo di cuscini duri o di scannetti alti 20-30 cent. passati sotto le natiche.

(Continua).

G. LEOPOLD

DELLA SINFISIOTOMIA E DELLE SUE INDICAZIONI

Relazione presentata all' XI Congresso Medico Internazionale in Roma nella prima Seduta del 30 Marzo 1894.

Se è già per me onorevole incarico quello di riferire intorno alla sinfisiotomia, più specialmente esso mi torna grato pel fatto di doverlo compiere qui, nel paese che appunto ha i maggiori meriti riguardo all'introduzione e al perfezionamento di tale operazione. E non siamo già noi avvezzi a vedere i nomi dei grandi uomini di questo paese intimamente connessi collo sviluppo della nostra scienza? Non è qui forse che le più importanti operazioni ostetriche le quali salvano la vita della madre e del feto, il *taglio cesareo* e la *sinfisiotomia*, furono già magistralmente coltivate e in parte anche primamente escogitate per opera di Porro e di Morisani?

Con un taglio ardito, Porro levò alla madre agonizzante il bambino e la matrice: come Colombo sciolse d'un colpo una difficilissima questione e ben tosto il suo processo si diffuse in tutto il mondo, portando a molte madri stabile salute.

Invece a voi tutti è noto quanto tempo e quanto lavoro occorsero perchè potesse il Morisani assicurare alla sinfisiotomia quel sicuro posto che oggi si è acquistato.

Di fronte alla sua grande pratica nella sinfisiotomia, pratica che comprende omai tutta l'età di un uomo, sono di poco conto le modeste osservazioni di tutti gli altri, epperò a questi incombe di porre in chiaro le proprie esperienze relative ad altre operazioni ostetriche che colla sinfisiotomia si contendono il campo.

Ma s'io dovessi qui, oggi, esporre in una rivista generale tutte le idee degli ostetrici tedeschi intorno alla sinfisiotomia, mi sarebbe necessario d'aver prima raccolto il materiale relativo in tutti gli istituti ostetrici: ma dubito che ciò non sarebbe bastato: dubito che mi sarebbe rimasta ignorata una serie di sinfisiotomie fatte nel nostro paese, la cui conoscenza avrebbe insegnato ciò che è da fare, e ciò che è da tralasciare.

D'altra parte, e per l'eco recente del Congresso Ginecologico tenutosi a Breslau nel maggio del passato anno (dove la questione venne esaurita) e per le nuove esperienze fatte tanto in paese che all'estero intorno alla sinfisiotomia, si formulò di essa un concetto tanto chiaro e particolareggiato che ora si può discorrerne in modo preciso. Epperò se nella presente relazione io ebbi di mira principalmente di stabilire le indicazioni, parmi di aver scelto quei punti che nella questione della sinfisiotomia sono ancora oscillanti ed oscuri.

E per aver subito un fondamento nella nostra trattazione, poniamoci innanzi un caso determinato, nel quale si tratti di madre sana e di bambino sano, di medio volume, a termine.

Quale è il grado di ristrettezza pelvica che richiede la sinfisiotomia? Se per le pelvi ristrette seguo la distinzione che praticamente mi sembra migliore e separo nettamente le primipare dalle multipare, emerge, come primo dato fondamentale, che con una coniugata vera di 11-7 cent. devesi dapprima attendere il parto normale. Ma con ciò non è ancora messo in chiaro quale trattamento deve seguirsi in ogni singolo caso: il medico pratico ha piuttosto bisogno di sapere su di che appoggeranno i suoi tentativi, cioè: sulla buona posizione della parte presentata, sull'integrità delle membrane, sulla completa dilatazione della bocca uterina.

Se sopravvengono dolori normali, validi, se le contrazioni sono opportunamente distribuite, se si succedono le necessarie pause e la vescica e l'utero si vuotano frequentemente, se v'ha un'aspettazione calma e un'accurata sorveglianza dei toni cardiaci fetali, in una gran parte dei casi si ha la soddisfazione di vedere decorrere spontaneamente il parto di un bambino anche voluminoso pure con una C. V. di 8 cent. e 7 1[2 cent. E perchè vengo a dirvi ciò, o signori? Io non ve ne parlerei se nella più recente letteratura non si trovassero pubblicati casi di pri-

mipare nei quali mi sembra che si sarebbe potuto attendere di più ed usare mezzi più semplici della sinfisiotomia. È forse questa un'operazione così semplice e così scevra da pericoli? tutt' altro, essa esige innanzi tutto la più scrupolosa osservanza dell'antisepsi, richiede larga assistenza e un trattamento successivo difficile e assai diligente. Il più spesso essa s'accompagna a forte emorragia, e nei casi in cui le parti molli non sono sufficientemente distensibili e necessita l'applicazione del forcipe, segnatamente nelle primipare, produce lacerazioni non trascurabili delle parti molli medesime, ragioni tutte che mi autorizzano a porre come una prima tesi che: *per quanto è possibile, le donne primipare non debbono essere sottoposte alla sinfisiotomia.*

E in che modo si potranno allora, essi mi chiederanno, superare le difficoltà delle pelvi ristrette nelle primipare? Io attribuisco la massima importanza all'integrità delle membrane che difendono il feto dalle contrazioni troppo forti e completano la dilatazione dell' orificio uterino e della vagina. Se manca tale integrità (e spesso infatti ci manca) o se il sacco minaccia di rompersi troppo presto, prima ch'esso abbia raggiunto il suo scopo, noi abbiamo allora un valido aiuto nel Kolpeurynter o in istrumenti affini i quali permettono o di rispettare l'integrità delle membrane e di lasciare che esse agiscano pacificamente dall' alto in basso, o di dilatare efficacemente l'orificio uterino e le parti molli. Quante primipare non hanno in questo modo partorito bambini anche voluminosi! E se anche dovesse esistere un ostacolo nella parte media del bacino, si potrebbe opportunamente combattere col forcipe e coll'incisione del perineo: entrambi mezzi assai meno dannosi della sinfisiotomia.

Infatti, chi può negare che tale mezzo non sia pericoloso e che in certi casi le donne così assistite non abbiano durevoli disturbi? che malgrado la sinfisiotomia questi primogeniti vengono al mondo già morti o muoiono tosto dopo?

Altrimenti vanno le cose quando queste primipare che hanno un bacino ristretto con una C. V. di 7 cent., diventano gravide di nuovo, cioè quando si tratta di pluripare.

Se esse chiamano l'ostetrico prima del fine della gravidanza, io ritengo fermamente che il parto prematuro artificiale (quando però vi si ricorra non prima della 34.ª settimana) dia i migliori risultati anche pei bambini. E lasceremo noi che le magistrali ricerche che a questo pro-

posito possediamo già (mi basta ricordare i nomi di Tarnier, Dohrn, Ahlfeld, Fehling, Calderini), ci passino innanzi affatto inutilmente? Certo questi dati dipendono da molti fattori speciali: dall' esatto computo dell'età della gravidanza, dall'opportuna scelta e dall' efficace applicazione del metodo, dalle presentazioni cefaliche e finalmente dalle buone condizioni di salute del feto, specialmente per quanto riguarda gli organi del respiro. Questa via è difficile a seguirsi, però è sempre rimuneratrice. E v' hanno forse operazioni ostetriche che non richiedono appunto una esatta determinazione delle più svariate condizioni?

Ma se la donna si trova al termine della gravidanza, lo studio di un gran numero di pelvi ristrette mi ha persuaso che prima di ogni altro tentativo si deve cercare di ottenere il parto di bambini vivi, maturi, di medio volume per le vie naturali, e che il più spesso ciò può ottenersi. Anche per tali pluripare, per quelle cioè che offrono gradi leggeri di ristrettezze pelviche (C. V. da 11 a 9 cent.) è assolutamente da porsi in prima linea il parto naturale: nei restringimenti più forti (C. V. di 9-7 cent.) se il parto spontaneo non si inizia, è indicato prima di ogni altra operazione il rivolgimento colla consecutiva estrazione podalica, più raramente è indicata l'applicazione di forcipe allo stretto superiore.

Certamente per raggiungere questo scopo è necessario esistano quelle importanti condizioni fondamentali che in ogni caso si richiedono al parto di un bambino vivo. Io voglio di nuovo menzionare, anche a costo di dire cose già evidenti per sè stesse, che una condizione della massima importanza è l' integrità delle membrane. Certo io non insisterei tanto su questo concetto se la pratica non insegnasse quanto poco valore si attribuisce dai medici e dalle levatrici alla conservazione di tale potenza. Con quanto erroneo apprezzamento della situazione, per non dire con quanta temerità, da persone imprudenti e a casaccio si rompono le membrane! e un parto che dovrebbe espletarsi colle sole forze della natura si abbandona a tutti i tentativi dell'arte. Qual meraviglia adunque se nella pratica privata le operazioni inutili si moltiplicano e i puerperi non decorrono bene, anche malgrado l'antisepsi e l'asepsi? Epperò non è mai sufficientemente raccomandato agli ostetrici e segnatamente alle levatrici, di rispettare, il più che è possibile, l'integrità del sacco nelle donne che hanno bacino ristretto. Esso concorre nel modo più efficace a dilatare l' orificio uterino e a proteggere il feto.

Quando però s'è rotto precocemente, quando v'è necessità di rimediare a tale accidente, a mio parere non potrebbesi impiegare mezzo migliore del Kolpeurynter: se poi la rottura precoce delle membrane si teme che abbia ad avvenire, il Kolpeurynter introdotto in vagina, offre loro un eccellente sostegno senza punto menomare la loro azione. D'altronde quando la rottura precoce s'è fatta, il Kolpeurynter introdotto nell'orificio uterino e nei fornici vaginali funziona da dilatatore, proteggendo al tempo stesso le parti molli: così che o la testa può superare le ristrettezze della filiera pelvica, oppure è reso possibile il rivolgimento del feto e il passaggio della testa posteriore al tronco.

A questo scopo concorre ancora un mezzo recentemente introdotto, che noi dobbiamo a Welcher, e che s'è dimostrato in molti casi di bacino ristretto d'un valore incalcolabile: esso consiste nella posizione della partoriente a gambe divaricate e pendenti. Indubbiamente in tale posizione la C. V. aumenta, sia pure di pochi millimetri. Ma tale aumento giova durante il decorso di un parto naturale a fissare la testa, e nel rivolgimento seguito dall'estrazione podalica del feto facilita al medico l'introduzione della mano e il passaggio della testa posteriore al tronco.

Si potrebbe forse attribuire al caso se nella Clinica di Dresda su 25 casi di bacini ristretti (C. V. di 7-8 cent. circa) nei quali si eseguì il rivolgimento seguito dall'estrazione podalica, si ebbe il 90 0[0 di bambini voluminosi, sviluppati e vivi? Dacchè il parto spontaneo era stato giudicato impossibile, essi devono la loro salvezza al rivolgimento seguito dall'estrazione, essendo però intatto il sacco delle acque, completamente dilatato l'orificio uterino e ben divaricate e pendenti le gambe della madre.

E così può formularsi una seconda tesi: *Nei bacini ristretti con una C. V. di 7 cent., se la gravidanza non è ancora a termine si deve ricorrere al parto precoce. Al termine della gravidanza, quando le membrane sono integre e la bocca uterina è completamente dilatata, conviene dapprima attendere il parto spontaneo. Se questo non si inizia, dato un bacino piatto con una C. V. di 7 cent., e un bacino uniformemente ristretto con una C. V. di 7 1[2 cent., se esistono le condizioni sopra accennate e si mettono in opera i mezzi sopradescritti, si può, con ottimo esito, liberare un bambino di volume medio e maturo mercè il rivolgimento e l'estrazione podalica.*

Venendo ora a un secondo gruppo di bacini ristretti, nei quali la C. V. varia da 7 1|2 cent. a 6 cent., è certo che il parto spontaneo di un bambino di medio volume e maturo è, generalmente parlando, impossibile. Forcipe, rivolgimento ed estrazione podalica non sono più permessi: ci restano le operazioni embriotomiche, la sinfisiotomia, il taglio cesareo. Quale di queste tre operazioni si deve scegliere in un dato caso? Per rispondere a tale domanda, dobbiamo rivolgerci ad una statistica generale delle rispettive mortalità e così vediamo che la embriotomia dà una mortalità materna del 4-5 0|0: la sinfisiotomia del 12 0|0, e il taglio cesareo del 15-20 0|0. Va da sè che quando il feto è morto, data la ristrettezza dei bacini che ora consideriamo, non si può ricorrere che alle operazioni embriotomiche, e non, come altra volta fu fatto, alla sinfisiotomia, concetto erroneo, questo, che fu già giudiziosamente respinto da Morisani. Ma, se in seguito a prolungata osservazione si è acquistata la certezza che il feto è morente, sarebbe ancora da ostetrico prudente tentare di salvare il feto colla sinfisiotomia, facendo correre pericolo alla madre? Quando vi si sia costretti in casi affatto eccezionali, si può ventilare tale proposta colla propria coscienza, colla partoriente, colla famiglia di lei, ed anche effettuarla: ma in generale gli è un far troppo conto di un bambino quasi morto. Epperò è più conveniente pel medico pratico considerarlo come già morto, e ricorrere liberamente alle operazioni embriotomiche.

Abbastanza frequentemente capiterà al medico pratico, nella sua carriera, di trovare con bacino in alto grado ristretto, il feto morto nell'utero materno o in condizioni gravissime. Qual sollievo per lui se il compito gli è facilitato da questo preciso precetto dell'embriotomia, per cui si uguaglia il feto morente a un feto già morto! Colla coscienza tranquilla egli può intraprendere lo scerebramento d'un bambino che presenta ancora le ultime traccie della vita, e restituire in poco tempo alla famiglia la madre guarita.

Con ciò diminuisce ancor più il numero dei casi nei quali, durante la sua carriera, un tal medico dovrà domandarsi: come salveresti tu la vita del feto, non mettendo a repentaglio quella della madre?

A ciò occore anzi tutto, con sguardo pronto e lungamente esercitato, indagare le condizioni in cui versa la madre e istituire un accurato esame per stabilire se essa, astrazione fatta dalla viziatura pelvica, è nel resto

sana e forte. Se l'esito di tale esame non è del tutto favorevole, se la madre versa in pericolo più o meno grave, è giusto ed umano embriotomizzare il bambino anche se vivo: anche se la madre sia fermamente decisa a sacrificare la propria vita per quella del figlio.

Così, di tutto il gruppo delle pelvi ristrette, con C. V. di 7 1[2 cm. a 6 cm. rimangono solo quei casi nei quali madre e bambino sono entrambi vivi e sani, e l'andamento del parto reclama una pronta decisione.

Embriotomizzare un tal feto sano e vivace è compito inumano e sgradito: a sciogliere il problema si presenta allora la sinfisiotomia: essa modifica in modo opportuno le vie naturali del parto e, per quanto ora sappiamo, dà risultati riguardo al bambino pari a quelli del taglio cesareo, e, riguardo alla madre, risultati ancora migliori.

La sinfisiotomia ha le sue indicazioni negli stringimenti pelvici la cui C. V. scende fino a 6 cm.: più oltre subentra a tutto diritto il taglio cesareo, che nell'avvenire verrà strettamente limitato alle pelvi assolutamente ristrette.

È assai interessante esaminare i gradi di ristrettezza pelvica pei quali il Morisani nei suoi ultimi 15 casi trovò indicato il taglio della sinfisi pubica. In 3 casi la C. V. era rispettivamente di 63, 72 e 75 mm.: in 2 casi di 67 mm.: in 8 di 70 mm. e soltanto in 1, nel quale la sinfisiotomia si eseguì due volte, era di 79 mm. Però qui bisogna tener conto che nel computo della C. V. nella maggior parte di quelle pelvi in alto grado rachitiche, si dedussero dalla coniugata diagonale soltanto 15 mm.

Che se, come sembra più prossimo al vero, si sottraggono invece dalla C. D. di tali bacini 2 cm., il gruppo delle pelvi viziate del Morisani diventa alquanto più ristretto, e le sue operazioni si riferiscono allora alle seguenti coniugate vere:

	PESO DEI BAMBINI
In 1 caso con C. V. di 74 mm. (2 volte per lo stesso, N. 22 e 29)	3050 e 3150 gr.
» 3 casi con C. V. di 68 mm. (2 volte per lo stesso, N. 6 e 11)	3080, 2600, 4230, 3690 gr.
» 3 casi con C. V. di 67 mm.	2930 ?, 3250 gr.
» 4 » » » » 65 »	2920, 3500, 3100, 3000 gr.
» 1 caso » » » 63 »	2100 gr.
» 1 » » » » 61 »	2500 gr.

Si vede da ciò che nella maggior parte dei casi si aveva una C. V. ridotta da 6 1[2 cm. a 7 cm.: che il peso medio dei bambini fu di 3030 gr.: che solo una volta raggiunse i 3500 gr.

Morisani salvò tutte le madri; dei 15 bambini due soli morirono subito dopo il parto; però una sola di tali morti è da attribuire all'operazione.

Risalendo da questi splendidi risultati al punto di partenza, e volendo compendiare le condizioni permittenti della sinfisiotomia, diremo:

1.° che la partoriente deve essere immune da infezione;
2.° il bacino non deve essere anchilosato, nè obliquamente ristretto;
3.° che le parti molli delle vie genitali devono essere sufficientemente preparate;
4.° che i toni cardiaci fetali devono essere buoni.

Per quanto riguarda il procedimento operatorio, non sembra, dalle storie di Morisani e dei suoi scolari, ch' esso si accompagni con speciali difficoltà: però le storie di altri autori non si accordano con questa affermazione.

Per accennare solo alla parte essenziale dirò che innanzi d'intraprendere l'operazione occorre che il campo operativo e una larga zona all'intorno siano accuratamente disinfettati, e così i genitali interni. È raccomandabile che l'operatore si occupi solo del taglio della sinfisi, e un altro si incarichi dell'estrazione del bambino. Ai principianti non viene sempre facile lo scoprire la sinfisi. Per lo più essa è alquanto spostata a sinistra, rispetto alla linea mediana, ed ha anche una direzione un po' obliqua verso sinistra. Va incisa a tutto spessore: della mia proposta, fondata sopra un errore, di inciderla solo per 3[4, io stesso mi sono ricreduto. Alle volte occorre incidere anche il legamento arcuato. Un' accidentale ossificazione della sinfisi nelle partorienti è un fatto estremamente raro.

È degno di nota che i medici italiani fanno solo una piccola incisione della cute, divaricano leggermente i muscoli piramidali, insinuano il dito immediatamente al di dietro della sinfisi pubica; naturalmente a ciò concorrono in gran parte la pratica e la destrezza. In questo mo-

mento dell'operazione può aversi emorragia imponente, che si domina col tamponamento con garza jodoformica. Frattanto gli assistenti pongono la donna nella posizione di Walcher, fissano dall'esterno il capo del feto mantenendo però avvicinate colle mani le parti laterali del bacino, e un terzo assistente libera il feto col forcipe. Ad ogni modo la donna non va mai abbandonata alle sole forze della natura: il parto deve essere condotto a termine rapidamente.

Per quanto fino ad ora conosciamo, si possono produrre gravi alterazioni delle parti molli, talvolta così accentuate che l'incisione della sinfisi si approfonda fino alla parete vaginale anteriore. Però, a costo anche di ledere il collo uterino o di dover incidere il peritoneo, non devesi mai pensare che la partoriente spinga troppo innanzi il sacrificio di sè stessa o il medico ecceda nel ferire. Allontanata la garza jodoformica dalla ferita, si ricongiungono le due superfici della sinfisi, avendo ben cura di risparmiare la vescica, e si suturano i margini con punti profondi in seta, comprendendo anche i margini anteriori della cartilagine. Quanto all'uso del drenaggio, questa è questione da decidersi nei singoli casi. Finalmente si applica una larga cintura pelvica che tiene insieme la medicazione prudentemente fatta nel modo migliore.

Il trattamento successivo parrebbe assai semplice: però nei primi casi non è punto così, richiedendo esso che si tenga esatto conto della temperatura e del polso, che si curi scrupolosamente la nettezza della ferita, la quale non guarisce sempre *per primam.* Possono anche staccarsi sequestri. Cura affatto appropriata richiedono pure le lesioni delle parti molli: decubiti e trombosi disturbano talvolta tali convalescenze pel lungo giacere a letto: si descrissero anche complicazioni di fistole vescico-vaginali.

Dopo tale esposizione, occorrono altre prove per confermare che la sinfisiotomia è un' operazione importante e non esente da pericoli, e che si richiede ancora del tempo prima che si possa raccomandarla anche al medico pratico? Certo il continuato esercizio farà superare felicemente i molteplici scogli che s'incontrano in essa, e, come pel taglio cesareo sarà pure possibile ad abili operatori di offrire di quando in quando splendide statistiche di operate, senza inconvenienti, di sinfisiotomia: ma con ciò, non è ancora dimostrata l'ammissibilità di questa nella pratica. Infatti, oltre all'esercizio ed alla destrezza sono pure necessari una

giudiziosa selezione di casi, l'esattezza dell'indicazione, una perfetta assistenza, un' opportuna e prolungata cura successiva: tutti requisiti che in pratica non possono completamente sussistere, almeno clinicamente parlando.

Altrimenti vanno le cose in una clinica.

Per la clinica la sinfisiotomia è un grande acquisto, un' operazione che in alcuni pochi casi ha la sua esclusiva indicazione. E se ancora io insisto per una certa sua limitazione, lo faccio nell'interesse dell'operazione medesima, per giovare ai nostri scolari, e, non in ultima parte, pel bene delle partorienti e delle loro famiglie.

Quando anche fosse più frequentemente eseguita nella pratica privata, starebbe però sempre il fatto che i singoli medici vi troverebbero solo di rado l'opportunità: e tutti siffatti casi avrebbero il valore di operazioni di principianti, con tutte le tristi eventualità e i tristi esiti che la letteratura ha già registrato. Però non si dovrebbe concludere che le donne operate di sinfisiotomia debbano sempre, dopo il loro primo parto, condurre una vita disturbata dal vacillare delle ossa iliache e da altri molteplici inconvenienti siffatti.

Dopo tutto ciò, riepilogo colla seguente proposizione:

Trattandosi di bacini ristretti con una C. V. di 6-7 1/2 cm., e di feto vivo, l'embriotomia deve lasciare il posto alla sinfisiotomia. Tali casi devono essere avviati alle Cliniche o agli opportuni Istituti, perchè la sinfisiotomia è pericolosa per l'emorragia, per le lesioni delle parti molli, cui dà luogo, e per le difficoltà del trattamento successivo. Al pari del taglio cesareo, essa non può essere eseguita dal medico pratico. Nei casi in cui urge prendere una pronta decisione, se egli stesso deve assistere la partoriente ed è solo a portarne la responsabilità, quando tutti gli altri mezzi riuscirono vani, intraprenda serenamente l'embriotomia anche su feto vivo, pago nella sua coscienza di aver tentato quanto di meglio egli poteva nell'interesse della famiglia, cioè la salvezza della madre.

Per concludere, emerge dalla presente esposizione che in una clinica le indicazioni della sinfisiotomia potrebbero anche essere in certo modo allargate, avuto sempre riguardo al caso speciale. Si pensi all'eclampsia, alle minaccie di rottura d'utero, ai casi di testa posteriore al tronco, alle presentazioni di faccia col mento posteriore: inoltre si potrebbero i casi di bacino normale o solo modicamente ristretto, ma con feto straordi-

nariamente voluminoso, equiparare ai casi di bacino ristretto, con feto di modico volume.

Ma per tali e simili casi non si possono stabilire leggi generali: qui giovano solo l'esperienza e l'esame spassionato della situazione.

Ad ogni modo noi tutti dobbiamo gratitudine all'uomo che con infinita pazienza e costanza, colla valentia di un perfetto maestro ha elevato la sinfisiotomia all'attuale grado di perfezione: all'uomo la cui eccellenza è superata solo dalla sua fama.

Gloria e onore al professor Morisani!

Traduzione del dott. L. Villa.

A. PLANELLAS (Barcellona)

SULLA SINFISIOTOMIA

RICERCHE SPERIMENTALI SULL'ALLARGAMENTO DEL BACINO

Comunicaz. all'XI Congresso Medico Internaz. in Roma (1894)

In grazia dell'antisepsi, che le permise una splendida risurrezione, la sinfisiotomia ha mutato di aspetto, ma siccome il suo periodo non è ancora terminato, così noi abbiamo istituite delle ricerche indirizzate sopratutto verso due punti principali che sono: 1.° conoscere il grado di allargamento che si può senza alcun danno ottenere colla sezione del pube; 2.° quali siano le indicazioni della operazione.

Essendo pervenuti a qualche conclusione, io le esporrò alle considerazioni di questo Congresso.

Producendo la separazione delle ossa iliache, ciascun pube descrive un arco di circolo più o meno manifesto, a seconda della difficoltà che oppongono i tessuti intermedi e gli elementi di unione delle articolazioni sacro-iliache, e così i pubi vengono a portarsi verso un piano anteriore. Da ciò risulta l'aumento dei diametri trasversali ed antero-posteriori. Questo, in termini generali, è quanto avviene, e che gli autori studiarono con esattezza per dedurre l'aumento dei differenti diametri.

E su ciò noi non insisteremo, poichè non v'ha più dubbio alcuno, ma bensì faremo conoscere una nuova nozione acquisita colle esperienze sul cadavere. Nella sinfisiotomia io ho rilevato due modi di allargamento della pelvi: simmetrica l'una, assimmetrica l'altra. La prima quando i pubi si sono disgiunti ugualmente secondo un piano mediano, di maniera che se accade distensione dei legamenti anteriori delle articolazioni sacro-

iliache, questa è ugualmente prodotta d'ambo i lati. La seconda od assimmetrica accade allorchè i pubi fra loro si discostano diversamente per rispetto al piano mediano, in tal caso volendo insistere a viva forza nella loro disgiuntura, possono prodursi grandi e talora pericolose distensioni del legamento anteriore delle sinfisi sacro-iliache.

Io reputo che la considerazione e lo studio coscienzioso di queste due modalità di allargamento, apriranno nuovi orizzonti agli ostetrici, che permetteranno di meglio precisare le indicazioni, e di intervenire con una conoscenza più perfetta delle circostanze. Vediamo i risultati delle nostre esperienze.

Allargamento simmetrico. — Ottiensi questo allorchè le articolazioni sacro-iliache si trovano in condizioni normali e la separazione dei pubi non sorpassa i 6 centimetri. Si può dire che l'allargamento simmetrico è il prototipo della amplificazione semplice ed esente da qualsiasi complicazione, e noi lo trovammo ne' suoi risultati assai simile a quello osservato da Morisani, Pinard e Faraboeuf.

Allo scopo di essere inteso bene ed essere conciso, io darò brevemente la spiegazione di alcuni vocaboli usati nelle nostre esperienze.

Considerando la pelvi amplificata dalla sinfisiotomia, coi nomi *diametro sacro-pubico destro* o *sinistro* intendiamo rispettivamente la distanza che intercede tra il promontorio ed il pube di ciascun lato; — *diametro sacro-interpubico* quello che corrisponde alla coniugata dopo la sinfisiotomia, e che si dirige dal promontorio fino al centro delle parti molli che occupano il luogo ove trovavasi la sinfisi. Nelle nostre ricerche trovammo, come Morisani, un aumento di 2 millimetri e mezzo del diametro sacro-interpubico, per ogni centimetro di divaricazione. Di più l'aumento di questo diametro, come fece osservare Faraboeuf, talora è anche di qualche cosa maggiore, sebbene non esista una grande differenza coi calcoli di Morisani.

Allargamento assimmetrico. — Per cagione di varie circostanze noi osservammo la forma assimmetrica, anche in alcune esperienze istituite su cadaveri offerenti regolarissimi bacini. Ciò precisamente pel grado di separazione delle ossa, pel differente stato anatomico delle due articolazioni sacro-iliache, per l'età della donna, ed infine pel modo con cui si praticano trazioni sulle coscie della paziente allo scopo di divaricarne le ossa del bacino stesso. Abbiamo già detto che se lo spazio

prodottosi tra i pubi supera 6 cent., si ottiene un allargamento più o meno assimmetrico. Nelle articolazioni sacro-iliache si osserva in allora una differente resistenza dei legamenti anteriori, modificazioni più significanti, comprese pur nondimeno nello stato fisiologico della donna, quali a cagion d'esempio talune parziali sinostosi delle articolazioni, ma solo unilaterali, vuoi per la età, vuoi per processi di flogosi articolari già spenti. Oltre a ciò vi sono le sinostosi estese di origine patologica, anchilosi postume a rachitide ed osteomalacia, che si trovano in pelvi già assimmetriche, come nel bacino ovale-obliquo, ed in cui Faraboeuf tanto insiste per la propria operazione.

L'età della donna ha qualche influenza nella produzione della assimmetria, e di ciò noi ebbimo a convincerci nelle esperienze istituite sul cadavere. Rispetto al modo con cui debbonsi le coscie divaricare allo scopo di ottenere la separazione dei pubi (Pinard, Faraboeuf), noi abbiamo osservati dei fatti importanti. Con una separazione, poniamo di 6 centimetri, se gli aiuti avranno fatto trazioni modiche e progressive e sopratutto simmetriche, l'allargamento sarà simmetrico esso pure. Se invece le trazioni saranno fatte disordinatamente, in modo troppo rapido o a scosse, in allora la separazione sarà assimmetrica. È poi naturale che ciò sarà modificato a seconda dello stato anatomico delle sinfisi sacro-iliache.

Nella separazione di oltre 7 centimetri l'assimmetria pelvica fu considerevole, per effetto di uno straordinario rilasciamento di qualcuna delle dette articolazioni. Coll'allargamento assimmetrico la pelvi acquista la forma di un ovale obliquo più o meno pronunciato.

Il diametro sacro-pubico destro o sinistro a seconda dei casi si allunga di più da quel lato in cui l'osso fu maggiormente separato dal piano mediano, ed in parecchie delle nostre esperienze una simile differenza fra i due diametri superò un centimetro. Allora accade che il diametro obbliquo corrispondente si è aumentato, mentre che per nulla modificato fu quello del lato opposto. Riguardo alle condizioni anatomiche, ed alle lesioni che trovammo nell'allargamento assimmetrico, dirò che non furono viste considerevoli, come a tutta prima si sarebbe creduto.

Molte volte sorpassando 7 cent. non si produsse che la distensione del legamento anteriore della articolazione sacro-iliaca più interessata, o tutto al più un certo grado di allontanamento del legamento, che per-

mette una rapida guarigione. Con un allontanamento maggiore dei pubi si vide sempre persistere ancora solidamente l'azione dei legamenti posteriori, superiori ed inferiori, il che costituisce una garanzia per la deambulazione, non volendo tener calcolo della cicatrizzazione più o meno estesa del legamento anteriore. Ed essendo così notevoli e differenti i risultati prodotti a seconda che si ottenga l'allargamento simmetrico o meno, si impone la questione del diagnostico di ciò che fu ottenuto, questione che noi abbiamo risolto colla ispezione e colla pelvimetria. Infatti già la stessa ispezione ci farà accorti della assimmetria, tanto più se la operazione sarà stata eseguita secondo i precetti di Pinard. Allora avendo sott'occhi l'estremità pubica sezionata, orientandoci esattamente colla posizione del tronco della paziente, vediamo che l'una di dette estremità occupa un piano più anteriore dell'altra.

Colla pelvimetria poi si potrà esattamente precisare l'assimmetria. Ecco il nostro procedimento. Prima di praticare l'operazione si fa la misurazione del diametro antero-posteriore secondo i precetti della pelvimetria esterna (Baudelocque). Tale misurazione si ripete dopo la sezione dei pubi senza divaricare questi più di 5 o 6 cent.

Se i due diametri sacro-pubici, destro e sinistro, sono aumentati in modo uguale, l'allargamento è simmetrico, se vi è differenza, l'assimmetria sarà così manifesta, da non poter passare inosservata. Importantissima è la conoscenza dell'allargamento simmetrico.

La pratica applicazione delle cognizioni ottenute colle nostre ricerche, si basa su due punti: sinfisiotomia praticata in pelvi simmetrica; sinfisiotomia praticata in pelvi assimmetrica.

Nel primo caso può accadere che si ottenga l'allargamento assimmetrico nel senso del diametro obliquo, occupato dalla parte presentata, si produce così un vero beneficio, poichè un eguale allargamento, ma simmetrico necessiterebbe una maggiore divaricazione dei pubi, con distensione eccessiva delle parti molli, ed eventuali lacerazioni del clitoride, della vulva, dell'uretra. Se l'allargamento avvenne nel senso del diametro obliquo, dall'altra parte noi abbiamo importanti risultati, secondo che la parte presentata è capace o no di essere mobilizzata dal forcipe o dalle manovre manuali. Nella maggior parte dei casi si potrebbe mobilizzare il feto in modo da imprimergli un movimento di rotazione che conducesse l'occipite da una parte all'altra, e cioè fino a

quella parte ove avviene l'allargamento. Quando invece non havvi mobilità della parte fetale, la diagnosi di allargamento assimmetrico ci avvertirebbe di procedere assai cauti, e di evitare una separazione più considerevole.

Le indicazioni più precise nell'allargamento assimmetrico che noi dobbiamo annoverare, riguardano specialmente quei bacini che sono di già per sè assimmetrici (ovalare obliquo).

In allora noi non possiamo proporre altro che il passaggio della testa fetale secondo il diametro obliquo più ampio, e dato che questo non sia sufficente, e che bisogni allungarlo, noi vi riesciremo coll'allargamento assimmetrico dello stesso lato. E siccome la sinostosi di una sinfisi sacro-iliaca, è la causa di tale allargamento assimmetrico, e siccome nel catino ovalare obliquo vi ha ordinariamente anchilosi nella articolazione, la quale non deve essere distesa o forzata, così si ha la sicurezza di agire quivi nel senso desiderato.

Il prototipo delle indicazioni dell'allargamento assimmetrico colla sinfisiotomia, appartiene a quelle pelvi, riguardo alle quali Faraboeuf concepì la ingegnosa operazione che porta il suo nome. Noi tuttavia crediamo che la sinfisiotomia assimmetrica possa dare gli identici risultati meccanici, di più avrà sempre il vantaggio di essere più spiccia che non la ischio-pubiotomia, e di minor traumatismo e complicazioni, evitando la doppia sezione ossea, quella dell'arcata crurale, ecc.

CONCLUSIONI.

1.° Colla sinfisiotomia si possono ottenere due modi di allargamento, simmetrico ed assimmetrico.

2.° Ciò è determinato dallo stato anatomico delle sinfisi sacro-iliache, dall'età della donna, dal grado di divaricazione dei pubi, ed altresì dal modo con cui si ottiene tale divaricazione.

3.° Generalmente si ha l'allargamento simmetrico, allorchè non si sorpassino 6 cent. di divaricazione; con maggiore divaricazione spesso si ottiene l'assimmetria.

4.° Coll'allargamento assimmetrico si ottiene nella pelvi una forma simile a quella del bacino ovalare obliquo.

5.° L'allargamento assimmetrico moderato, produce lesioni insignificanti e curabilissime nelle sincondrosi sacro-iliache.

6.° È importante il diagnosticare quale allargameuto fu prodotto colla sinfisiotomia, ciò si ottiene colla ispezione e colla pelvimetria esterna.

7.° Le applicazioni dell'allargamento assimmetrico possono comprendere i casi in cui la pelvi è simmetrica oppure no.

8.° Se la pelvi è simmetrica, e se si opera la separazione di un solo ileo, si può ottenere con un divaricamento determinato una specie di aumento del diametro obliquo dello stesso lato, il quale esigerebbe doppia separazione interpubica, se si volesse ottenere l'effetto coll'allargamento simmetrico.

9.° L'allargamento assimmetrico ha poi delle precise indicazioni nei casi di pelvi già assimmetriche. Ed in questi casi la sinfisiotomia sostituisce assai bene la ischio-pubiotomia, e per di più la sua tecnica è più semplice ed esente da ulteriori complicazioni.

Traduzione del dott. C. Decio.

Provocazione artificiale del parto e sinfisiotomia

PEL

Dott. L. M. BOSSI

Prof. par. di Ostetricia e Ginecologia all' Università di Genova.

Dall' interessante discussione avvenuta al Congresso Medico Internazionale di Roma sulla sinfisiotomia, risultò che il Morisani non si mostrò, e credo a ragione, favorevole alla proposta fatta da Jacolucci fin dal 1867 di associare la provocazione del parto prematuro alla sinfisiotomia.

Ma all' infuori dei criterii che ponno suggerire tale combinazione, altre indicazioni possono esistere che ci conducano ad unire la provocazione artificiale del parto, intesa in senso generale, alla sinfisiotomia, e può essere opportuno, sia avere presenti tali contingenze, sia conoscere quali possono essere i mezzi più utili.

Mi viene frattanto opportuno di comunicare due casi di sinfisiotomia da me operati, in uno dei quali provocai artificialmente il parto, non per avere un feto prematuro, ma per arrestare una gravidanza tardiva, che avrebbe egualmente condotto ad ottenere un feto eccessivamente sviluppato anche per la sinfisiotomia.

1.° Caso.

Pluripara. Bacino piatto rachitico. C. V. 72. Eccessivo sviluppo del feto. Sinfisiotomia. Feto vivo. (Presenti all'operazione i dottori De-Marini e Zenoglio).

Nel 1.° caso occorsomi or sono due anni trattavasi di donna pluripara di 34 anni di Genova.

Gli altri feti furono tutti estratti morti, presentando la paziente una viziatura pelvica di 2.° grado con C. V. di 72 mm.

Chiamato d'urgenza di notte, riscontrando dilatazione completa del collo, rotto il sacco, testa assai voluminosa ed in alto, decisi ricorrere alla sinfisiotomia, che praticai assistito dai dottori De-Marini e Zenoglio.

Salvo l'emorragia avveratasi, l'operazione, per quanto eseguita in ambiente punto adatto, riuscì felicemente, avendo potuto estrarre col forcipe un feto di gr. 3550, coi diametri della testa tutti superiori al normale e vivo.

La donna però in 14.ª giornata soccombeva con tutti i fenomeni di avvelenamento di jodoformio senz'altra complicanza, essendosi già saldata la sinfisi. (Fu questo l'ultimo caso in cui io usai il jodoformio, nè ebbi punto mai a pentirmene).

2.° Caso.

Primipara. Bacino piatto rachitico. C. V. 67 mm. Gravidanza tardiva. Eccessivo sviluppo del feto. Sinfisiotomia. Dilatazione meccanica del collo. Applicazione forcipe allo stretto superiore. Madre e figlio salvi. (Presenti all'operazione i dottori Rebori di Lavagna, Poli, Buscaglione di Rapallo, De-Marini, De-Paoli, De Amicis, Olivieri, Zenoglio).

Nel secondo caso trattavasi di certa V. M. d'anni 24, di Genova, primipara.

Si presentò in fine di gravidanza ed esaminata in un al dott. De-Paoli, riscontravasi gravidanza a termine, presentazione di V. Feto vivo; bacino piatto rachitico, con C. V. di 67 mm. Le misure prese furono le seguenti:

Statura	. . . . .	cm. 137
Diametro	S. p. S.	» 23, 5
»	Cr. I.	» 24, 5
»	R. E.	» 18
»	B. Tr.	» 28
»	C. D.	» 8, 5

Da quanto potevasi apprezzare con esame attento il feto si dimostrava molto sviluppato.

Tutti i dati anamnestici e obbiettivi inducevano a prognosticare che il parto si sarebbe avverato dal 9 all'11 di marzo 1894.

Sopraggiunsero però tali giorni, e si arrivò al 24 di marzo senza che il sopraparto si iniziasse.

Il feto frattanto si sviluppava assai e la paziente, che avevo rico-

verata nella mia Clinica privata andava accusando insonnia ed inquietudine continua.

Sorse allora in me spontaneo il timore che sviluppandosi troppo il feto, la sinfisiotomia divenisse poi o pericolosa o insufficiente per estrarlo vivo.

Decisi perciò di provvedere alla dilatazione artificiale usando del mio metodo, e nella stessa seduta di praticare la sinfisiotomia.

Il 25 marzo alle ore 10 praticavo un' incisione in corrispondenza al pube della lunghezza di poco più di 3 cm., incidendo la cute e tutto il tessuto sottocutaneo. Con un bistorì bottonuto, via via procedevo pure alla incisione della sinfisi nonchè dei legamenti.

Si ebbe tosto emorragia che si arrestò con zaffo di garza.

Le ossa pubiche si divaricarono di circa 2 cm., questa divaricazione raggiungeva poi quasi 7 cm., durante l'estrazione del feto.

Tenendo sempre zaffata la breccia del pube, introducevo il mio dilatatore nel canale cervicale e appena divaricate leggermente le branche insorgevano forti contrazioni uterine.

Man mano progredii nell'aumentare il grado di dilatazione.

Dopo 25 minuti dimostrandosi sufficientemente dilatato il collo, ritirai l'istrumento ed applicai il forcipe (Simpson semplice) sulla testa che trovavasi mobilissima allo stretto superiore.

L'applicazione riuscì rapidamente; laboriosissima invece fu l'estrazione della testa, tanto che dovettero intervenire nelle trazioni successivamente i dottori De-Paoli e De-Marini, stante gli ostacoli opposti dal canale pelvico ancora ristretto in rapporto al volume della testa.

Il feto venne estratto in stato di asfissia di terzo grado, ma si potè rianimare.

La sutura venne fatta con catgut N. 3 per le parti profonde con seta pure N. 3 per la cute. Praticai poi una fasciatura costrittiva.

Il sangue perduto fu in quantità rilevante. Con tutto ciò in quindicesima giornata l'operata discendeva per la prima volta dal letto senza accusare alcun dolore alle articolazioni, ed in *ventunesima giornata, la sera cioè del 16 aprile 1894*, veniva a presentarsi all'Accademia Medica di Genova reggendosi in piedi da sola e camminando, sebbene adagio, senza accennare a sofferenze, all' infuori dello stato di debolezza in che la perdita sanguigna l'aveva lasciata.

Rilevo anzitutto due considerazioni che mi si affacciano alla mente esaminando i particolari dei detti due casi, riservandomi poi di trattare la questione della provocazione artificiale del parto.

La prima riflette l'emorragia avveratasi in entrambi. Tale fatto fu

notato da gran parte dei sinfisiotomisti e venne anzi messo in campo per combattere questo atto operativo. Pur ritenendola una complicanza facile a combattersi collo zaffamento e quindi certo non di tale gravità da far abbandonare un metodo d'intervento, che si va ognora dimostrando assai utile, è a osservarsi però che talora può mettere in serio imbarazzo l'operatore, particolarmente se questi non è sperimentato. Conviene quindi che chi si accinge alla sinfisiotomia abbia presente questo incidente tanto frequente, perchè sia predisposto a combatterlo.

La seconda si riferisce alla facilità con che si avvera la riunione delle sinfisi.

Ben giustamente il Morisani nel Congresso Internazionale di Roma affermò essere inutile la sutura metallica delle sinfisi.

Per evitare il residuare di fili di seta, che trovandosi verso la superficie e sotto la cute, possono essere il punto di partenza di piccole fistole, usai del catgut, e questo si dimostrò sufficiente. In entrambi i casi colla palpazione potevasi infatti riscontrare trovarsi le sinfisi avvicinate e in via di completa riunione. Nella prima operata la saldatura si presentava già completa in dodicesima giornata.

Non credo che questa sì rapida riunione debba attribuirsi alla fasciatura, poichè in entrambe le pazienti, questa riuscì affatto insufficiente poichè continuamente sfuggiva in alto per la irrequietezza delle ammalate. E neppure penso che vi abbia molto contribuito la sutura, poichè nella seconda paziente la sutura profonda, delle parti cioè legamentose della sinfisi, venne eseguita con catgut, il quale è noto come dopo parecchi giorni perda d'ogni resistenza e venga via via assorbito.

Aggiungasi poi a questi dati il fatto, che non si potè ottenere in alcuna delle due la posizione adatta alla saldatura quale è quella del decubito orizzontale sul dorso, colle gambe riunite, ecc., poichè per molteplici circostanze e più ancora per indocilità, tutte le imprudenze possibili vennero a tale riguardo commesse.

Ciò premesso quindi verrebbe spontanea la domanda: a chi devesi attribuire sì rapida unione e saldatura?

Nell'apparecchio scheletrico dell'uomo il bacino, preso nel suo insieme, rappresenterebbe il perno così per il sostegno delle parti superiori, che per i movimenti di ambulazione. È quindi naturale che le varie ossa che lo compongono siano fra loro avvicinate e tenute insieme

oltrechè da legamenti e articolazioni anco da tale combinazione statica che per sè stessa renda difficile la interruzione del necessario equilibrio fra esse, quando non vi sia frattura grave di una delle parti.

L'apertura della sinfisi non rappresenterebbe, che una momentanea, transitoria interruzione di rapporti d'unione fra le ossa del pube, interruzione mantenuta, oltrechè dall'incisione, dalla pressione esercitata dall'interno delle parti fetali che attraversano la trafila pelvica dalle peculiari condizioni delle singole articolazioni del bacino, che nella gravidanza rammollendosi acquistano una certa mobilità. Cessati tali fatti, rientrando l'organismo nelle condizioni normali, si ristabilirebbero le leggi d'equilibrio, di statica del bacino, le quali spontaneamente condurrebbero all'avvicinamento e alla riunione dei pubi. È questa l'ipotesi che si affaccerebbe alla mente in rapporto a tale domanda alla quale forse meglio risponderanno alcuni esperimenti sugli animali che sto intraprendendo. Posso frattanto riferire come su due casi avendo inciso la sinfisi pubica, praticai la sutura solo della cute e poi la lasciai a sè in libertà. Orbene, in entrambi si ebbe la spontanea riunione dei pubi verificatasi in uno al 16.° giorno, nell'altro al 12.°

Veniamo ora *alla questione della provocazione artificiale del parto associata alla sinfisiotomia,* che nella presente memoria maggiormente ci interessa. Come già ebbe ad esprimersi chiaramente il prof. Morisani (1) anche nell'ultima sua memoria pubblicata in questi *Annali,* non credo che convenga erigere a sistema la proposta del Jacolucci di associare il parto prematuro alla sinfisiotomia, onde avere l'estrazione o l'espulsione per le vie naturali di un feto vivo anche in viziature pelviche al disotto di 67 millimetri. Ragione precipua, che mi induce a ciò ritenere si è l'incertezza che esiste per rapporto alla vita del prodotto del concepimento, il quale è anzitutto esposto a perire prima che venga alla luce, e venendo alla luce vivo è certo in condizioni sfavorevoli per la sua vita avvenire a causa della sua prematurità.

Francamente quindi considerati i felici risultati che in oggi l'antisepsi e il progresso nella tecnica chirurgica hanno apportato anche per il taglio cesareo, preferisco ricorrere a questo, essendovi l'indicazione

---

(1) « Per la sinfisiotomia. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* gennaio 1893, N. 1.

assoluta, che intervenire contemporaneamente con due atti operativi non del tutto privi di pericoli ed il cui obbiettivo finale, l'avvenire del prodotto concepimento, riesce tanto incerto.

Non è però a negarsi che l'ostetrico può trovarsi non di propria elezione, di fronte a contingenze cliniche le quali lo conducono, in termine generico, ad associare la provocazione artificiale del parto alla sinfisiotomia.

Accenno a tale riguardo alle quattro precipue circostanze, che si possono offrire e cioè:

1.° I casi in cui si è addivenuto alla provocazione del parto prematuro, ma il tempo trascorso per effettuarla fu tanto lungo che il feto si sviluppò eccessivamente così da non poter più passare vivo attraverso la trafila pelvica.

2.° I casi in cui per un'apprezzamento non abbastanza preciso sia del grado di viziatura della pelvi, sia dello sviluppo del feto, si iniziò troppo tardi la provocazione del parto prematuro.

3.° I casi di gravidanza tardiva, in cui il feto si va sviluppando eccessivamente per poi poter passare vivo attraverso la pelvi anche dopo la sinfisiotomia.

4.° I casi in cui una circostanza qualsiasi, quale può anche essere l'opposizione assoluta della paziente o di chi la circonda, impedirebbe o controindicherebbe l'operazione cesarea.

Ora, come è ovvio, sia per rapporto alle prime due circostanze, sia per rapporto alle ultime due, lo scopo principale che all'ostetrico si affaccia si è di ottenere un feto il più sviluppato possibile; ne emerge perciò lo studio di provocare il parto il più tardi possibile relativamente al grado di viziatura, in modo cioè che trovisi agli estremi limiti richiesti per passare attraverso il canale pelvico.

A tale intento raggiungere necessita però, che oltre stabilire uno scrupoloso diagnostico del grado di viziatura, dell'epoca della gravidanza e dello sviluppo del feto, l'ostetrico misuri anco il tempo che si *richiederà* approssimativamente onde effettuare l'interruzione della gravidanza. Non necessita però dimostrare come i mezzi in oggi in uso siano in tale riguardo incerti, come cioè essendosi calcolato ad esempio cinque giorni la durata di tale pratica, possano poi richiedersene dodici, quindici ed anco più e frattanto svilupparsi tanto il feto da dover addivenire alla

craniotomia o da aversene la perdita per la difficoltata e troppo laboriosa sua estrazione.

Nè sembri ciò paradossale poichè esistono fatti clinici che essendo pubblicati possono essere richiamati.

Mi limito ad esporne due abbastanza recenti occorsi negli Istituti Ostetrici qui di Genova:

1.° Caso. — Clinica Ostetrica di Genova, direttore E. Pestalozza. — Viziatura pelvica, provocazione di parto prematuro, eccessivamente lungo essendo stato il tempo richiesto a tale operazione coi mezzi in uso si addiviene alla craniotomia, la madre muore per emorragia. Vedi rendiconto, lezione di chiusura 1892, pag. 12. Tipografia Sordo-Muti.

2.° Caso. — Maternità di Genova, direttore dott. Michelini. — Pluripara, viziatura pelvica con C. V. cent. 7 1[2 (bacino piatto rachitico). Decide provocare il parto al principio del nono mese. Il dilatatore del Tarnier, poi il metodo del Krause, poi il metodo del Kiwisch, poi la puntura delle membrane vengono man mano e successivamente messi in pratica dal dott. Michelini con risultati insufficienti per modo che, essendo poi dopo alcuni giorni insorti brividi di freddo e febbre si credette necessario praticare la sinfisiotomia e la estrazione del feto. Il collo non era del tutto dilatato, non riuscirono i tentativi col forcipe; praticò il rivolgimento ed il feto venne alla luce morto. (V. 1894, N. 1. « Di una sinfisiotomia praticata dal dott. Michelini. »)

Nell'un caso come nell'altro i mezzi in uso per la provocazione del parto prematuro si mostrarono infidi; potevasi nel secondo caso evitare la sinfisiotomia usando d'un mezzo più rapido; potevasi nel primo, sia associando la sinfisiotomia (dato appunto l'eccessivo sviluppo del feto) sia usando pure di mezzo più rapido ottenersi un prodotto del concepimento vivo. I due casi sono troppo illustrativi per provare la mia asserzione; non necessita che altri ne aggiunga.

Passo alla conclusione.

Da quattro anni risollevai la questione della dilatazione meccanica del collo nella provocazione artificiale del parto col mio metodo. Ultimamente modificai il mio dilatatore, coprendo le branche terminali che devono introdursi nel canale cervicale di tubetti di gomma che ne rendono assai difficile sia il scivolare delle stesse, sia la contusione delle parti.

Clinicamente, con numerosa statistica, dimostrai i vantaggi di tale

metodo, come cioè con esso l'ostetrico trovisi veramente padrone della situazione, in condizione cioè di provocare ed accelerare più o meno rapidamente il parto a seconda dell'urgenza del caso.

Riferisco a tale proposito l'ultimo caso occorsomi or fa un mese:

Tale N. N. di Sampierdarena mi venne inviata dal dott. Gras, direttore dell'Ospedale di Cornigliano. — Pluripara, nessun feto vivo ebbe precedentemente. Essa presentava un bacino piatto rachitico. C. V. di cent. 7, 5. Al principio del nono mese mi accinsi a provocare il parto col mio metodo. Il decorso dell'atto operativo fu il seguente: alle ore 11 ant. introduzione del dilatatore: appena dilatate di 1 cent. le branche, insorsero contrazioni dell'utero energiche.

L'istrumento rimane da sè in posto per il periodo di due ore, di tanto in tanto aumentandosene la dilatazione fino ad arrivare a 5 cent.

Ritirato l'istrumento, le contrazioni continuarono e 12 ore dopo partoriva spontaneamente un feto vivo relativamente ben sviluppato e vitabilissimo. Nessuna lacerazione locale, puerperio fisiologico.

Quanto chiedesi nella provocazione artificiale del parto, di poter cioè misurare il tempo occorrente a tale operazione, questo metodo può fornirlo con certezza di riuscita, senza pericoli, senza mutare d'interventi, nel massimo periodo di 24 ore. Dico nel periodo massimo, poichè evidentemente l'atto operativo si potrebbe compiere in tempo assai minore, ma non essendo urgente converrà prolungarlo in modo che piuttosto che un mezzo di forzare la natura, diventi un eccitamento di quei fenomeni che in natura si avverano lungo il sopraparto senza scosse e *senza traumi.*

Per rapporto quindi alle modalità converrà, se si procede tosto all'estrazione del feto, praticare la sinfisiotomia e successivamente e nella stessa seduta applicare il dilatatore, farlo manovrare e trovandosi il collo sufficientemente dilatato, rompere il sacco ed estrarre il feto, come io feci nel caso qui riferito. Questa condotta si potrà seguire quando siasi già sufficientemente modificato il collo, in modo che non si producano traumi.

Se all'incontro si procede lentamente impiegando più ore, come si conviene nei casi in cui il collo è ancora lungo e punto dilatato, sarà opportuno, come è ovvio, procedere prima alla provocazione del parto, e praticare la sinfisiotomia quando si manifesti il periodo espulsivo e trovisi il collo sufficientemente dilatato per l'estrazione del feto.

Riassumendo dirò che l'uso razionale di questo mezzo potrà:

1.° Evitare che la provocazione del parto prematuro sia tanto lunga che poi il feto non passi più per l'eccessivo sviluppo acquistato lungo la trafila pelvica.

2.° Permettere nella gravidanza tardiva, come nel nostro caso, di effettuare parto artificiale e sinfisiotomia in un tempo limitato, quando si giudichi rendersi eccessivo lo sviluppo del feto.

3.° Permettere, quando intervengono speciali circostanze a suggerire la lega del parto prematuro colla sinfisiotomia, di lasciar progredire la gravidanza fino agli estremi limiti compatibili per rapporto al relativo sviluppo del feto ed il grado di viziatura pelvica, avendosi la certezza di poter poi effettuare la artificiale provocazione del parto nel periodo massimo di 24 ore.

Partigiano, in tesi generale, della sinfisiotomia solo nei limiti stabiliti dal Morisani dai 67 agli 81 mm. di C. V., partigiano d'altronde del taglio cesareo solo nei casi d'*indicazione assoluta*, oso però sperare che il mio metodo di provocazione artificiale del parto, nelle circostanze accennate in questa memoria, possa così, quando non la faccia opportunamente evitare, costituire talora un'utile lega di *necessità* colla sinfisiotomia

XI.° Congresso Medico Internazionale in Roma

29 Marzo-5 Aprile 1894.

G. Giglio (Palermo). — **Sulla etiologia della placenta marginata.**

Il contributo che sono in grado di portare, di nove casi di placenta marginata, non servirà a maggiormente arricchire la statistica delle placente anomale, ma a spiegare, se le mie osservazioni verranno confermate da ulteriori studi, l'etiologia della placenta marginata.

Benchè io non possegga dei casi tipici, come quello per primo descritto dal prof. Fabbri, ad eccezione forse di uno, come farò rilevare in un lavoro completo corredato da figure illustrative dei relativi esemplari, pur tuttavia ove più, ove meno, si riscontrano tutti i caratteri della placenta marginata, vale a dire *l'area coriale, il cercine limitante quest'area, la ripiegatura del corion, il collaretto, la terminazione dei vasi nell'area coriale, ecc.* Ma più che fermarmi su questi dati, noti già, a me importa richiamare l'attenzione sopra altri fatti, che a mio credere hanno un significato molto importante per la interpretazione etiologica di questa anomalia placentare.

Quello che io quasi costantemente trovo nei miei casi è la eccentricità del funicolo ombellicale e talvolta l'inserzione velamentosa; la irregolarità della forma (triangolare, reniforme, a lingua, rettangolare) come lo spessore ed il peso aumentato, in rapporto alla grandezza ed all'epoca della gravidanza. Trovo inoltre delle alterazioni istologiche, riguardanti il corion, i villi, la porzione glandulare, i vasi, non che le larghe falde della decidua riflessa attaccate al corion tenue. Non mi permetto ora di discutere la teoria validamente sostenuta dal Fabbri, per spiegare la novità della forma, teoria fondata sopra una particolare disposizione dell'allantoide al momento di gettarsi sul corion, nè voglio combattere le varie ipotesi emesse in proposito e già infirmate dal Roncaglia in una recente pubblicazione, ma desidero soltanto limitarmi a far rilevare che dalle mie osservazioni cliniche, confortate da indagini istologiche, si deduca come la placenta marginata rappresenti un organo, arrestatosi parzialmente ed irregolarmente nel suo sviluppo per malattia. Questa può essere congenita od acquisita. Ciò importa che la placenta marginata, lungi dall'essere considerata come una semplice curiosità, d'or-

dine scientifico, deve essere studiata nei suoi rapporti genetici con l'utero e con l'uovo e deve interessare altresì lo scienziato come il pratico.

La placenta marginata ha infatti una forma irregolare perchè uno o più dei suoi settori non si sono sviluppati, vuoi per malattie, che hanno colpito i villi e il corion per quel dato tratto, vuoi per mancata irrorazione sanguigna, causata questa dalle alterazioni profonde delle tuniche vasali e specialmente dell'intima, manifestantesi sotto forma di endoarterite obliterante. Una volta ristretto od occluso il lume del vaso è ovvio l'ammettere che gli elementi cellulari del parenchima del villo, debbano cadere in atrofia e financo in necrobiosi.

Il funicolo ombellicale è inserito eccentricamente, ovvero sul corion tenue perchè, essendosi sviluppata solo una parte della placenta, mancando cioè uno o più quadranti di essa il cordone, che originariamente doveva restare verso il centro, viene a trovarsi alla periferia placentare.

Il margine potrebbe essere dovuto a distacco del corion in seguito ad atrofia dei villi di quella data porzione, oppure anche alla proliferazione dei villi infiammati, la quale ultima ipotesi mi sembra assai meno probabile.

Il collaretto vien costituito da una porzione di corion ispessito, per infiammazione, e lo stesso dicasi del cercine.

La ripiegatura del corion è un fatto necessario una volta che esso si sia distaccato dalla porzione villosa, allo stesso modo che una membrana sottile ripiegasi su sè stessa se resta senza appoggio. Gli essudati, infine, che bene spesso si riscontrano sul margine e che stabiliscono aderenze più o meno solide fra margine e corion, provano ancor di più che nei casi come i presenti, ci troviamo di fronte a tessuti che hanno subìto gravi processi infiammatori.

Sui vasi che si arrestano quasi sempre nell'area coriale, non saprei per ora adottare una spiegazione.

Le ricerche istologiche, eseguite nel Laboratorio di Anatomia Patologica di Palermo, diretto dal prof. Sirena, e che ho quasi al completo, mi permettono di confermare queste mie vedute sulla patogenesi della placenta marginata, la quale non presentò mai il carattere della previetà, che taluni ammettono.

In questa breve nota credo necessario riportare almeno le principali misure dei casi da me osservati, riserbandomi nel lavoro completo la descrizione particolareggiata delle alterazioni macro e microscopiche, come pure una più ampia discussione dei fatti, che hanno diretto rapporto con la pratica.

1. *Placenta Tramontana.* — Parto bigemino, nono mese. Diametri placentari 30 × 13 × 9 cent., diametri dell'area coriale 15 × 12 × 8 cent.; larghezza del margine 2-4 cent.; spessore placentare 1 a 3 1[2. La paziente fu menorragica nei primi mesi della gravidanza. Idramnios.

Idem. — Diametri all'area totale 16 × 15 cent., diametri dell'area coriale 12 × 10 cent., larghezza del margine 3 × 4 cent., spessore placentare 2-3 cent.

2. *Placenta di Todaro.* — Parto bigemino, nono mese. Diametri placentari 18 × 10 × 9 cent., diametri dell'area coriale 15 × 18 cent., larghezza del margine 2 a 3 cent., spessore placentare 2 a 4 cent. Anamnesi oscura.

Idem. — Diametro areo totale 13 × 16, diametri coriali 12 × 10 cent., larghezza del margine 3 a 4 cent., spessore placentare 4 a 5 cent.

3. *Placenta donna di Malaspina.* — Parto bigemino, nono mese. Diametro area totale 16 × 13 cent., larghezza margine 1 a 3 cent., spessore placentare 3 cent. Idramnios.

Idem. — Diametro area totale 23 × 8 × 3 cent., larghezza margine 2 a 3 cent., spessore placentare 2 a 3 cent. Idramnios.

4. *Placenta di Ciancelo.* — Parto al nono mese, semplice. Diametro areo totale 17 × 16 cent., diametro area coriale 12 × 12 cent., larghezza del margine 4 a 5 cent., spessore placentare 4 a 5 cent. Anamnesi oscura.

5. *Placenta di Napoli.* — Parto semplice al nono mese. Diametri placentari 17 × 19 cent., larghezza del margine 3 × 4 cent., spessore placentare 4 a 5 cent. Aborto precedente.

6. *Placenta inviatami.* — Parto all'8 1[2 mese. Diametri placentari 19 × 18 × 17 cent., larghezza del margine 2 × 3 × 4, spessore placentare 5 × 6 cent. Idramnios. Sifilide.

7. *Placenta inviatami.* — Parto abortivo, quarto mese. Diametri placentari 8 × 8 1[2 cent., diametri dell'area coriale 7 × 7 cent., larghezza del margine circa 1 cent., spessore placentare 2 a 3 cent. Anamnesi oscura.

8. *Placenta inviatami.* — Parto abortivo a 5 1[2 mese. Diametro dell'area totale 16 × 10 cent., diametro dell'area coriale 14 × 9 cent., larghezza del margine 1 a 2 cent., spessore placentare 2 cent. Anamnesi oscura.

9. *Placenta inviatami.* — Parto al nono mese. Diametri placentari 14 × 10 × 3 1[2 cent., diametro dell'area coriale 12 × 10 × 3 cent. Larghezza del margine 2 1[2 cent., spessore placentare 4 a 6 cent. Eclampsia.

Cosentino (Napoli). — **Riduzione dell'utero nell'inversione cronica.**

Il dott. Cosentino è del parere che essendo fallito il taxis del viscere, prima di esportarlo sia bene di tentarne la riduzione con la laparotomia; cita il suo caso con buon esito, portato al Congresso di Siena

nel 1891, cita l'opinione di Hofmeyer, il quale dice che non v'è caso di inversione cronica dell'utero che non finisca per essere ridotto. Crede che questa opinione sia un po' esagerata.

Cita casi di Mundè, di Thomas, di d'Antona. Egli propone il seguente metodo:

Aprire l'addome, mettere allo scoperto il cono vuoto dell'utero, afferrare con due pinze di Martin le trombe e i legamenti rotondi, colle dita in vagina spingere in alto l'utero; fare trazioni in alto con le pinze applicate; mano mano che l'utero rimonta nell'addome, applicare altre pinze, successivamente più in basso e tirare ancora in alto finchè l'utero sia del tutto rientrato.

Il Cosentino cita un caso da lui guarito in questo modo, nel quale l'inversione dell'utero durava da 7 anni. Cita un altro caso di inversione così ridotta, in cui la donna restò gravida e partorì senza inconvenienti.

Josè Maria De Ita (Messico). — **Studio delle pelvi muliebri messicane.**

1.° La pelvi messicana presenta una conformazione speciale diversa dagli altri bacini dipendente dalla riduzione generale di tutte le sue dimensioni, dipendente dalla maggiore altezza e dalla esagerata inclinazione della sinfisa pubica.

2.° Comparando il bacino della donna messicana con quello della donna europea, si vede che il bacino messicano presenta una differenza sensibile in meno in tutti i suoi diametri. Presenta una differenza nel valore dell'angolo di inclinazione dello stretto superiore e dello stretto inferiore e una differenza di inclinazione della sinfisi. La pelvi messicana in rapporto con la europea dovrebbe essere considerata come viziata.

3.° Queste particolarità del bacino messicano sono tanto frequenti (Rodriguez) che questa forma di bacino messicano deve essere considerata come forma normale di un tipo perfettamente finito.

4.° L'epiteto di pelvis garrottè (Rodriguez) è il più conveniente ad esprimere la disposizione anatomica di questo bacino.

5.° Il travaglio di parto è difficoltato per la resistenza dello stretto superiore e per la notevolissima altezza del pube.

Queste difficoltà non diventano mai insuperabili ed il parto si verifica nel maggior numero dei casi. Sono frequenti però le inclinazioni sui parietali, dovute alla difficoltà del sinclitismo finale e dalla forma speciale del cranio, risultante dalla sua prolungata permanenza nella pelvi.

In questi bacini le presentazioni irregolari o sfavorevoli rendono il parto assai pericoloso. I bacini rachitici nel Messico sono rarissimi e così pure rarissima l'osteomalacia e le altre forme di viziatura.

Acconci. — **Sulla tubercolosi dell'ovaio.**

Già pubblicata in *extenso* nel fascicolo di maggio.

Pawlik. — **Speculum uretrale per l'esame della vescica femminile.**

Questo speculum si adopera mettendo la donna in posizione genu-pettorale. Si può usufruire dell'illuminazione solare oppure adoperare una lampada elettrica. Con questo speculum si possono anche fare delle lavature nella vescica. Si può applicare anche nella posizione di Trendelenburg, è necessaria la narcosi per praticare prima la dilatazione dell'uretra. Applicato questo apparecchio resta facile il cateterismo degli ureteri. Basta fissare bene la topografia della piega che corre fra lo sbocco di un uretere e l'altro. Se lo sbocco degli ureteri non è visibile bisogna aspettare che sgorghi una goccia di urina dai medesimi.

L'autore cita un caso in cui con questo speculum potè diagnosticare *de visu* l'apertura di una cisti ovarica in vescica.

L'autore non nasconde però l'inconveniente della forte dilatazione dell'uretra.

Koeberle (Strasburgo). — **Sulla cura delle retro deviazioni uterine.**

Tra i momenti etiologici ammette principalmente uno sforzo, la costipazione, la retrazione dei tessuti ambienti, e ritiene che l'azione dei legamenti larghi e rotondi entri per poco a far parte delle cause di questa deviazione.

È del parere che quando le materie fecali siano abbondanti o indurite, possono trascinare il fondo dell'utero in basso e tenervelo fissato, e vi contribuisca anche la pressione complessiva della massa intestinale.

Distingue la cura della retoflessione uterina, secondo che questa è recente o cronica; secondo che vi siano o no aderenze pelviche e secondo che essa sia mobile o fissa.

Fa risaltare l'utilità dell'uso della sonda uterina e dei pessari per ridurre e mantenere in posto l'utero.

Nei casi di retroflessione fissa, aderente con dolore ovarico, rifiuta assolutamente l'uso dei pessari vaginali, quello dei pessari uterini, e il massaggio.

Non fa l'isterectomia nè il raccorciamento dei legamenti rotondi.

A. Clarke (Cambridge). — Sulla relazione della suppuraz. pelvica colle malattie uterine.

L'A. comincia la sua comunicazione col dire che sebbene l'infiammazione intrapelvica sia da lungo tempo conosciuta, l'origine e la natura di tali processi morbosi furono il tema di molte discussioni recenti. L'esperienza e l'osservazione accurata mostrano che quando si ha infiammazione estesa attorno al tessuto uterino è raro che la malattia sia limitata nella sua invasione ad un sol tessuto.

Da indagini accurate istituite dall'A. riguardo alla patologia e causa dell'infiammazione pelvica risulta che i bacteri non sono peculiari alla secrezione normale del condotto genitale; dopo esservi importati guadagnano l'entrata nei tessuti posti dietro la cervice o il fondo uterino. Gli stadi più avvanzati dell'infiammazione sono dovuti alla seminagione dei loro germi nel tessuto connettivo attorno ai fornici vaginali e nelle parti sopra il cul di sacco del Douglas e in generale nel peritoneo. L'esperienza clinica mostra che nell'infanzia e prima della pubertà l'utero e i suoi annessi si trovano in una tale condizione dormente, che raramente la malattia vi si sviluppa. A volte l'infiammazione dovuta alla presenza dei microrganismi nell'ovidotto scompare con grandissima facilità per l'effetto attenuante del passaggio frequente del sangue e secrezione normale che si fa in questo canale.

Il virus mantenendo sempre la sua potenza, può alla fine farsi strada attraverso l'ostio addominale nella cavità peritoneale. Ivi può rimanere in uno stato latente in seguito o fino a che sucede un parto o un'aborto o qualche circostanza accidentale che possa dare attività al tessuto vascolare, nervoso o a qualche altro in immediata connessione coi tessuti uterini o pelvici. Lo stesso risultato disastroso può aversi dopo che siasi fatta un'operazione chirurgica per togliere le sofferenze dipendenti da un'antecedente infiammazione degli ovidotti; in tal caso la gravità dell'infiammazione può esser stata per lungo tempo arrestata, lasciando solamente aderenze della tuba e rotazione e spostamento dell'ovaio. I microrganismi così liberati dalla loro prigione ponno riprendere la loro ordinaria importanza ed essere la causa di una recrudescenza dell'infiammazione. La ricorrenza della infiammazione pelvica e della suppurazione nella donna dipende in grandissima parte dalle malattie dell'utero o delle sue appendici. Gli ascessi ricorrenti ad intervalli più o meno lontani e che si svuotano attraverso il cul di sacco del Douglas o attraverso i fornici vaginali sono spesso da tale causa prodotti. A volte tale risultato tiene dietro ad un'aborto sia artificiale o accidentale. L'A. dopo frequenti accenni alle sue estese investigazioni

bacteriologiche e patologiche e alla sua esperienza clinica come corroboranti le molte proposizioni enunciate nel suo lavoro, fa rimarcare che la causa della suppurazione pelvica dipende dalla presenza di bacilli od altri microrganismi. Dice che si è giustificati nell' ammettere che qualunque sia la via percorsa, gli streptococchi e altri organismi possono in condizioni speciali trovare un' ingresso ed essere così portati nel tessuto connettivale e peritoneale adiacenti ai tessuti uterini. Nell'infanzia e prima della pubertà la linea di ascesa attraverso i genitali non è aperta o non sviluppata e non presenta nel suo decorso un *pabulum* e un nido conveniente per l'evoluzione progressiva di tali microorganismi. Le altre strade pel movimento dei bacteri prima della pubertà sono in egual modo sfavorevoli alla loro fertilità e anche alla loro tenacità di vita. Dopo la pubertà e prima della menopausa sembra che il condotto genitale offra nella sua maggior porzione una linea d' ingresso aperta.

È vero che la secrezione normale e lo scolo mestruale esercitano in grado non comune un'azione attenuante sulla potenza del virus degli agenti settici. In quei casi nei quali i genitali sono esposti a numerose colonie di bacteri o ai loro germi o alla loro influenza a intervalli frequenti o quando l'organismo è indebolito o esausto, la resistenza dei tessuti può eventualmente essere superata; ponno allora formarsi processi morbosi in conseguenza della devitalizzata condizione dei tessuti prodotta dai parassiti settici e dalle ptomaine così prodotte dalla loro azione chimico-putrefativa.

Prof. Luigi Mangiagalli, ***Direttore responsabile.***

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Agosto 1894. Num. 8.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA
diretto dal Prof. E. F. Fabbri

Sopra alcune differenze microscopiche fra la secrezione mammaria durante la gravidanza e quella finito l'allattamento.

OSSERVAZIONI DEL
DOTT. G. PALAZZI
Assistente onorario.

Nell'esame obbiettivo della donna che si sospetta gravida, si suole comprimere le mammelle in modo da far uscire dai capezzoli, se è possibile, qualche goccia di colostro. A questa secrezione che osserviamo nella gravida, fa riscontro un' altra secrezione altrettanto frequente ed in apparenza identica dopo il compiuto allattamento, poichè la secrezione del latte non s' arresta bruscamente, ma continua, sempre più scarseggiando, per un tempo lungo, da molti mesi ad alcuni anni (1) ancorchè non sopraggiunga una nuova gravidanza. Duval (2) e Opitz (3) citano il caso di donna di settantadue anni, che da trent'anni aveva cessato di allattare e che aveva secrezione dalle mammelle.

Ora nella contingenza di dover discutere la diagnosi di gravidanza, potremo aver bisogno di chiederci: questa secrezione che togliamo dalla ghiandola mammaria, è indizio del risvegliarsi di essa sotto l'eccitazione dello stato di gravidanza per giungere a quella fase di sviluppo che è richiesta per la formazione del latte perfetto, od è un ultimo residuo di

(1) TRUMAN. « The colostrum corpuscles in the uman milck. » *The Lancet*, 1888, II.
(2) DUVAL. « De la sécrétion mammaire non puerpérale. » Th., Paris, 1881.
(3) OPITZ. « Ueber die Begriffe Milch und Colostrum. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1884, 33.

una secrezione che è già stata in piena attività coll' allattamento e che va spegnendosi? Per questa considerazione, che in alcuni casi potrebbe avere grandissima pratica importanza, il prof. E. F. Fabbri mi proponeva a studiare il problema seguente: « Se esistano differenze microscopiche tra colostro e secrezione mammaria posteriore all' allattamento. »

Però nel corso di questo studio, compresi che sarebbe stato importante l'indagare come si presenti la secrezione mammaria quando la gravidanza comincia, non essendo la glandula in istato di riposo e come si presenti quando al parto non abbia fatto seguito l' allattamento o questo sia stato sospeso più o meno presto. Inoltre non ignorava che una secrezione mammaria è stata riscontrata in altri svariati stati, specie in condizioni patologiche degli organi sessuali e delle mammelle (1). Ma di queste ultime secrezioni come di quella che riscontrasi quando la gravidanza insorge non essendo la glandula mammaria in riposo, non posso ora occuparmi, per mancanza di materiale.

* * *

Per eseguire questi studi mi sono servito di vari metodi che ora brevemente riassumo: La secrezione mammaria fu ottenuta mercè la compressione digitale intermittente della regione dell'areola; quando era scarsa, cercando di abbracciare la mammella coll' intera mano e stringendola uniformemente. Non si è mai tralasciato di liberare previamente il capezzolo dalle squame epidermiche, le quali in certe donne possono occludere gli sbocchi dei galattofori, mediante lavatura con acqua calda leggermente antisettica. Le goccie che sotto la compressione uscivano dal capezzolo, si facevano cadere in un vetro da orologio e se appena una sola goccia gemeva dal capezzolo senza staccarsene e cadere, la si toccava col vetro da orologio per farvela aderire. Il vetro da orologio era posto in una cameretta umida. Di poi la secrezione era subito esaminata alla temperatura ambiente di 16-24 centigradi, sia senza alcuna aggiunta, sia diluendola, se era troppo densa, con una goccia di solu-

---

(4) Claude Bernard. « Leçons sur les propriétés physiol. et les altérat. path. des liq. de l' organisme. » Paris, 1859. — Duval R. Loco cit. — Maison. « Ueber Milchsecretion in nicht puerperalen Zustand. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1884, p. 92 e *Journal de méd.* de Paris, Vol. V, N. 15.

zione normale di cloruro di sodio, sia con varie sostanze coloranti, specialmente coi picrocarmini di Bizzozero o di Weigert. A questo scopo, aprendo pel tempo necessario la cameretta umida, si prendevano con un'asticina di vetro successivamente tre o più gocce di secrezione e si disponevano su altrettanti porta-oggetti, indi ad una di esse si sovrapponeva il copri-oggetti, si lutava la preparazione con paraffina e si sottoponeva all' osservazione microscopica. A ciascuna delle altre si aggiungeva invece una goccia di diverse sostanze coloranti, per solito di picrocarmino di Weigert o di Bizzozero. Talora la sostanza colorante aggiunta non era eccessiva ed il preparato si lutava senz'altro con paraffina, altre volte era necessario toglierne l'eccesso e questo si faceva toccando con carta bibula un margine del copri-oggetti, mentre dalla parte opposta, una goccia di soluzione di cloruro di sodio, andava a prendere il posto del liquido sottratto. Però il più delle volte i preparati ai quali si era aggiunta molta sostanza colorante, si lasciavano nella camera umida per 12-24 ore e solo dopo questo tempo si procedeva a togliere l' eccesso di essa e si lutavano con paraffina. In ogni caso i preparati venivano osservati subito e dopo l'azione durata per 12-24 ore della sostanza colorante, e per tutto questo tempo, erano conservati in una camera umida, alla temperatura ambiente di 16-24 centigradi.

Le preparazioni si sono sempre osservate col microscopio Leitz oc. 3, ob. 7 e qualche volta coll'ob. 1[12 a immersione omogenea.

Questi sono stati i metodi che ho seguito più spesso. Di altri, necessari per ricerche speciali, dirò a suo luogo.

I.

Secrezione mammaria durante la gravidanza.

A parte i brevissimi cenni che ne fanno i trattati di istologia normale, di fisiologia e di ostetricia, ho trovato estesa solamente la descrizione del Bizzozero (1) che credo utile trascrivere interamente, prima di esporre le mie osservazioni.

---

(1) G. Bizzozero. « Manuale di microscopia clinica, » 1888.

« Gli elementi morfologici del colostro sono:

« 1.° *Leucociti.* — Generalmente in scarso numero. Ora hanno il loro aspetto solito, ora sono fortemente granulosi e per ciò di colore più scuro.

« 2.° *Cellule pavimentose dei cul di sacco della ghiandola.* — Spesso mancano affatto; quando esistono nel latte vi sono scarse. Si riconoscono ai contorni delicati e al nucleo ovale, circondato da protoplasma finamente granuloso, spesso con goccioline di grasso.

« 3.° *Corpuscoli del colostro.* — Si possono distinguere in due specie. Quelli dell'una sono grosse cellule irregolarmente rotondeggianti od ovali, nucleate, ma a nucleo sempre visibile e contenenti una notevole quantità di fine gocciole adipose di color giallognolo. Sono appunto queste cellule che, quando sono in notevole quantità impartono il loro colorito al colostro. Le cellule della seconda specie, a cui di solito si riserba in senso stretto il nome di corpuscoli del colostro, sono per forma simili alle precedenti, ma di solito le superano in grossezza giungendo a 30-40 μ e specialmente ne differiscono pel contenuto, il quale è costituito da una quantità di gocciole di adipe incoloro, in parte piccole, in parte superanti 8-10 μ di diametro, e siffattamente ammassate nella cellula da riempirla tutta e renderne invisibile il nucleo. Questi globuli sono identici ai globuli lattei di cui si parlerà più sotto.

« 4.° *Globuli lattei.* — Sono globuli di grasso, dotati del solito aspetto brillante e di svariata grossezza. Alcuni sono come minuti granulini, gli altri, per serie infinita di gradi possono arrivare a gocciole del diametro di 10-12 μ e più. Nel colostro i globuli lattei sono generalmente accumulati in piccoli ammassi in cui stanno insieme globuli di diverso volume. Essi sono elementi costanti del colostro, benchè al pari degli altri la loro quantità varii nei singoli casi; molte volte essi, quasi da soli costituiscono gli elementi morfologici del liquido, in altri casi le cellule del colostro ed i leucociti sono pure rappresentati in discreta quantità. »

Sulla base di questa descrizione io passo ad esporre ciò che ho potuto osservare, senza preoccuparmi della questione della genesi o della natura degli elementi morfologici del colostro, per quanto, una parte dei fatti osservati potrà forse giovare alla soluzione del problema.

Caso primo.

Gravida per la prima volta al secondo mese e mezzo.

Secrezione: Liquido scarsissimo di aspetto sieroso.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali degli alveoli mammari isolate od ancora riunite in numero vario, a contorno delicato, nucleo grande elittico, protoplasma finamente granuloso, raramente cosparso di fine goccioline adipose.

2.° Nuclei liberi, sparsi, di frequente rotondeggianti od esattamente rotondi e circondati da un alone di protoplasma. In taluni fanno risalto per maggiore colorazione dei granuli di cromatina.

3.° Globuli lattei sparsi, di grandezza varia, fino a 11-14 μ; generalmente di 8 μ circa.

Caso secondo.

Gravida per la prima volta al quarto mese.

Secrezione: Liquido sieroso.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali degli alveoli mammari sia in falde che isolate, a protoplasma finamente granuloso e nucleo semplice, elittico o rotondeggiante, a otto in cifra o a mezza luna, ordinariamente eccentrico e ricco di granuli cromatici. Le cellule a nuclei multipli o a forma speciale, sono meglio conservate delle altre. Le cellule misurano 13, 16, 21,6 μ. I nuclei sono voluminosi. Un buon numero di cellule che trovansi spesso anche in falde, hanno una semiluna incolore di varia grandezza alla periferia; talora una vera goccia di sostanza incolore, trasparente o verde chiaro spiccato. Notansi delle simili gocce incolore in vicinanza di cellule epiteliali. Alcune di queste cellule hanno attorno al nucleo che è rotondo e colorato in roseo dal picrocarmino, un alone chiaro uniforme. Alcune altre hanno invece del nucleo un corpicciolo citrino grande μ 8,1 pure circondato da un alone trasparente incolore (V. tav., fig. 4 e 5). Simili corpiccioli citrini benchè scarsi, trovansi anche fuori dalle cellule. Di queste ultime particolarità è detto più a lungo nel seguente caso, che precedette, in ordine di tempo, il presente. Trovasi anche qualche elemento dell'aspetto complessivo delle altre cellule epiteliali poco fa descritte, con due nuclei, grande μ 24,3. L'essere questi elementi a contorno irregolare come per disgregazione, e di dimensioni maggiori degli altri, fa credere che si tratti di due elementi cellulari conglutinati. Talora però si incontrano realmente delle cellule epiteliali molto maggiori del solito. Ricordo una cellula di forma elissoide, a contorno delicatissimo, a protoplasma tinto in roseo, finissimamente granu-

loso, con un grande nucleo (μ 13,5) tinto in rosso; questa cellula misurava 40.5 μ.

2.° Concrezioni di sostanza protoplasmatica granulare finissima, con molti nuclei alla rinfusa, di forma elittica (V. tav., fig 9). Pure alla periferia di queste concrezioni, trovasi talora una semiluna chiara.

3.° Nuclei liberi, circondati o no da poco protoplasma elittici o rotondeggianti, ma sempre grandi e contenenti distinti granuli cromatici.

4.° Globuli lattei sparsi, splendenti.

Caso terzo.

Gravida per la prima volta al quarto mese e mezzo.

Secrezione: Liquido scarso, di aspetto sieroso, con strie bianchiccie.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali degli alveoli mammari in copia e che costituiscono quasi esclusivamente la parte figurata della secrezione (V. tav., fig. 1, 2, 3, 8, 12). Sono isolate od in accumuli, hanno forma poligonale e spesso allungata; protoplasma chiaro e finamente granuloso, talora provvisto di granuli di grasso splendenti, di varia forma e grandezza; nucleo più spesso elittico che circolare, provvisto di nucleolo ed ordinariamente eccentrico. Quando il nucleo è circolare, è spesso circondato da un regolare e distinto alone chiaro. Queste cellule epiteliali oscillano per grandezza fra 20,3 e 23.2 μ. In alcune di esse notansi due nuclei (V. tav., fig. 1) molto più vivamente tinti degli altri dal picrocarmino, ciascuno dei quali contiene un manifesto nucleolo più intensamente colorato in rosso. Questi nuclei sono allungati e poligonali e si guardano con un loro lato che è rettilineo, anzi sono simmetrici rispetto ad una retta che si supponga passare fra loro. Nel nucleo di altre cellule, notasi la sostanza cromatica raccolta in forma di mezza luna; in altre il nucleo è poco colorabile. Non vi è rapporto costante tra la colorazione del nucleo ed il grado di conservazione della cellula; i più colorabili sono più grandi e più spiccatamente elittici degli altri.

Ulteriori cellule che per le dimensioni e l'aspetto e la grandezza e posizione del nucleo si danno a conoscere per cellule epiteliali, presentano alcune particolarità che meritano menzione. Sono in complesso rotondeggianti, ma ad un attento esame si scorge che mentre la massima parte della loro periferia segue una linea curva, in un tratto però si dispone ad angolo od almeno presenta un tratto rettilineo, e presso a questa parte della periferia ad angolo o rettilinea trovasi il nucleo ben colorato in rosso. Accanto a queste, si osservano altre cellule che differiscono solamente per avere un nucleo più rotondeggiante che elittico, meno intensamente colorato dal picrocarmino. Poi altre consimili cellule hanno all'identico luogo ove nelle altre esiste il nucleo, un corpicciuolo

della grandezza dei nuclei rotondeggianti o di forma prettamente circolare e pallidi che si osservano nella secrezione, cioè della grandezza di 14,5 μ. La forma di questo corpicciuolo è nettamente circolare e consta di un alone chiaro che circonda un dischetto della grandezza di μ 8,7 tinto in citrino, nel cui centro esiste un piccolissimo disco. Talora questo corpicciuolo anzichè uniforme è granuloso (V. tav., fig. 13). Come ulteriore variazione di queste cellule a nucleo non colorabile, noto che se ne osservano alcune le quali hanno tutte le granulazioni raccolte da un lato e specialmente da quella del nucleo, lasciando l'altra parte del corpo cellulare a semiluna e perfettamente ialina (V. tav., fig. 4 e 5). Quanto maggiore è l'estensione di quest' ultima parte, altrettanto è minore quella del protoplasma granuloso della cellula. Si passa in fine ad una serie di consimili cellule che hanno il protoplasma granuloso e tinto in citrino raccolto attorno al nucleo e una grossa goccia chiara. Parallelamente a ciò il protoplasma delle cellule epiteliali non è più chiaro, trasparente colle sole granulazioni tinte in citrino, bensì man mano che occupa minor spazio appare meno trasparente, più denso e fittamente granuloso con una grossa goccia ancora aderente. Finalmente si notano cellule che differiscono per non aver la grossa goccia, ma solamente protoplasma granuloso denso verdiccio, nel cui centro sta il più volte ricordato corpo citrino (V. tav., fig. 13). Qua e là veggonsi identiche gocciole, ma libere (V. tav., fig. 10). Accanto alle forme più comuni di cellule epiteliali, ne esistono poi altre che non differiscono che per essere più fortemente granulose e per avere contorni meno netti e talora parrebbe di trovarsi di fronte ad elementi di maggiori dimensioni, polinucleati, ma osservando bene, si vede che non si tratta che di una conglutinazione di due o più cellule che essendo dapprima contigue, degenerarono, senza staccarsi l' una dall' altra, oppure anche affatto accidentale.

2.° Concrezioni di sostanza granulare (V. tav., fig. 9) in tutto simile alla sostanza granulare che compone le cellule epiteliali, specialmente non ben conservate; sono tinte dal picrocarmino in giallo. Sono di forma irregolare, talora rotondeggiante, talora quasi esattamente circolare, e misurano μ 34,8, 58 e persino μ 101,5. Più volte ho riscontrato precisamente quest'ultima dimensione. Al fatto già indicato della grande somiglianza della sostanza granulare che compone le concrezioni in discorso con quella delle cellule epiteliali, è da aggiungere che talora in contatto col margine di quelle concrezioni, esistono, sia concrezioni minori, sia cellule epiteliali a protoplasma fortemente granulare ed a contorno indeciso; talora anche cellule epiteliali abbastanza bene conservate. Nell'ambito poi delle dette concrezioni, talvolta nulla si osserva di speciale, talvolta ad esempio un nucleo, ma altre volte esiste una quantità grande di nuclei alla rinfusa, grandi e quasi costantemente elittici, talora tutti

pallidamente colorati ed a limiti come sfumati senza apparente sostanza cromatica, tal'altra fortemente colorati, a contorno marcato e con visibile e copiosa sostanza cromatica, alquanto raccolta in forma pure elittica od a rene, in modo da rimanere circondata dall' altra parte del nucleo, meno intensamente colorabile. Enumerandoli, se ne trovano in una concrezione granulare 8, 16, 22, 40, 50. Si notano anche grossi ammassi di nuclei con pochissima sostanza gialliccia tra loro.

3.° Nuclei liberi od in gruppi (V. tav., fig. 11) talora circondati da un alone di protoplasma e corpicciuoli tinti in citrino con alone, pure liberi (V. tav., fig. 7), talora granulosi (V. tav., fig. 14).

Caso quarto.

Gravida per la quarta volta al quarto mese e mezzo. L'attuale gravidanza dista sette anni dalla precedente.

Secrezione: Liquido sieroso con strie opache e giallognole.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali isolate od in piccoli gruppi, in parte ben conservate.

2.° Nuclei liberi ancora ben conservati che misurano 10,8 × 13,5 μ (1), con nucleolo od almeno granuli cromatici ben visibili; altri sono circondati da quantità varia di protoplasma cosparso di goccioline di grasso. Altri più o meno rigonfiati misurano μ 17,5 e sono poco tinti dal carmino. Vi sono poi gocciole che a tutta prima sembrerebbero globuli di latte, ma che a differenza di quelli si mostrano tinti debolmente in roseo.

3.° Corpuscoli del colostro delle due specie, non grandi (μ 21, 27, 34), a nucleo grande elittico; quelli della prima specie sono ora chiari, trasparenti, ed ora torbidi e marcatamente giallognoli; sempre però a nucleo grande elittico (μ 8,10). In quelli della seconda specie e che sono alquanto disgregati, il nucleo è molto più grande (10 × 13, 24 × 16) e colorato più pallidamente in roseo. Da questi si passa per gradi di minore regolarità di forma, ad accumuli più o meno irregolari di globuli, tra i quali esiste ancora un nucleo grande e colorato debolmente dal picrocarmino. Successivamente si passa a semplici aggregati di globuli, Si nota che più nei corpuscoli del colostro è rigonfio e pallidamente colorato il nucleo, più è tinto in roseo il protoplasma, dimodochè si arriva ad elementi cellulari che hanno un protoplasma molto tinto, senza visibile nucleo.

4.° Globuli di latte di varia grandezza, talora isolati, ma spesso a gruppi anche numerosi; essi appaiono talora circondati da un alone

---

(1) Il segno interposto × fra due numeri è adoperato per indicare che uno dei due segna la larghezza dell'oggetto misurato, e l'altro la lunghezza.

chiaro. Si nota una serie di forme che dimostrano la fusione di due o più globuli insieme. Talora è solamente la zona chiara che è comune a due o più globuli, altre volte la fusione è più avanzata fino ad essere quasi completa.

Caso quinto.

Gravida per la prima volta al quinto mese.

Secrezione: Liquido di aspetto sieroso contenente strie bianchicce e giallognole.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali degli alveoli mammari isolate od in gruppi, talora ricche di goccioline adipose e spesso a contorno irregolare e come sfumato.

2.° Concrezioni granulari a periferia elittica o circolare di grandi dimensioni fino a 194 μ ed aventi alla loro periferia delle cellule epiteliali a limite irregolare che in parte si confonde colla concrezione granulare. Su queste concrezioni granulari e sulle cellule epiteliali non posso aggiungere altre parole, perchè l'osservazione in discorso fu la prima delle mie osservazioni e la eseguii solo senza aggiunta di alcuna sostanza colorante.

3.° Corpuscoli del colostro della prima specie di Bizzozero isolati od uniti in gruppi od in file; le sfericine che contengono sono talora tutte incolore, talora più o meno intensamente gialle, talora in parte solamente gialle. Alcuni sono ben conservati, altri hanno un tratto vario per estensione della loro periferia, irregolare, dove le sfericine tendono ad essere sparse. Raggiungono anche i μ 52. Considerando man mano corpuscoli di minore grandezza, si giunge ad alcuni della grandezza di una cellula epiteliale; solo non hanno che poco o punto contorno poligonale. Vi sono anche corpuscoli del colostro composti di sferette piuttosto grandi, ma non incolore, come nei corpuscoli della seconda specie di Bizzozero, bensì giallo-scure. Talora vi si nota un granello giallo che risalta sul resto del corpuscolo. Sono tuttavia rari.

4.° Globuli lattei liberi od in accumuli da 2 a 7,7 μ, rari sono quelli di dimensioni superiori. Fra i maggiori, ve ne sono dei gialli più o meno intensamente.

Caso sesto.

Gravida per la prima volta al sesto mese e mezzo.

Secrezione: Liquido sieroso con grosse strie bianchicce.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali degli alveoli della glandula mammaria isolate od in gruppi, ben conservate o con goccioline di adipe.

2.° Accumuli di nuclei intensamente colorabili in rosso dal picrocarmino di Weigert, con poca sostanza granulare tra loro.

3.° Corpuscoli del colostro della prima specie di Bizzozero, di ogni grandezza, taluni con una o più goccioline color giallo intenso; alcuni corpuscoli hanno due nuclei. Da questi si discende per gradi alle cellule epiteliali. È notevole che essi presentano in un lato della loro periferia come una semiluna chiara. Qua e là si notano gocciole libere di varia grandezza che hanno l'identico aspetto della sostanza di queste semilune.

4.° Globuli di latte isolati od in gruppi, non tutti di forma esattamente sferica.

Caso settimo.

Gravida per la prima volta al settimo mese.

Secrezione: Liquido bianco torbidiccio e poco scorrevole.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali glandulari ben conservate o con goccioline di adipe. Da queste, per una serie di elementi sempre più provvisti di sfericine adipose e sempre un poco maggiori, ma però sempre col solito nucleo grande, elittico, si arriva ai corpuscoli del colostro della prima specie.

2.° Corpuscoli del colostro della prima specie che raggiungono fino i 40,6 μ. Hanno uno o più nuclei. È dato osservare qualche forma che può ancora dirsi un corpuscolo del colostro a minute ed uniformi sfericine, elittico e molto voluminoso, cioè misurante 69.7×81.2 μ con 4 nuclei.

3.° Gruppi di nuclei liberi.

4.° Globuli di latte sferici, splendenti quasi costantemente, isolati od in gruppi; i maggiori hanno un diametro di μ 24. Solo raramente si riscontra qualche grosso globulo di latte, talora a superficie increspata per formazione alla superficie di cristalli aghiformi.

Caso ottavo.

Gravida per la prima volta, al settimo mese e mezzo.

Secrezione: Liquido incolore, trasparente, con lievi nubecole bianchicce.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali, ben conservate o con goccioline di adipe.

2.° Corpuscoli del colostro della prima specie nei quali pare di poter scorgere le fasi di una fusione delle piccole goccioline che li compongono, in goccioline più grandi. Il nucleo è sempre identico a quello

delle cellule epiteliali, ordinariamente eccentrico, anzi spesso vicinissimo alla periferia.

3.° Globuli di latte, che misurano fino a 11-14 μ, o in forma di brillanti goccioline come per solito, o in forma di sfericine a superficie irregolare, come per tanti infossamenti di varia guisa.

Caso nono.

Gravida per la prima volta al settimo mese e mezzo.

Secrezione: Liquido bianchiccio, opalino, con strie più opache ed un po' giallicce.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali ben conservate.

2.° Qualche nucleo libero.

3.° Corpuscoli del colostro, talvolta in gruppi. Ve ne sono della prima specie di Bizzozero, giallo-verdicci, più di rado giallognoli, non in grande quantità, spesso a contorno poligonale e col nucleo che appare quasi staccato dal corpo cellulare. Ve ne sono pure della seconda specie con nucleo che sta per lasciare la cellula od anche senza di esso. Altri corpuscoli del colostro piuttosto scuri e piccoli e con molte sferette piuttosto grandi e di eguale volume con nucleo grande ed elittico.

4.° Globuli lattei isolati od in gruppi. Una parte di questi sono perfettamente sferici e splendenti, altri invece sono opachi ed hanno alla superficie delle depressioni e somigliano alle sferette di certi corpuscoli del colostro. Misurano tanto gli uni che gli altri fino a 38 μ circa.

Caso decimo.

Pluripara gravida all'ottavo mese.

Secrezione: Liquido di color bianco sporco, di aspetto albuminoso, abbastanza scorrevole.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali degli alveoli glandulari isolate e qualche volta in piccoli gruppi di 4 o 5. La grandezza loro è di 13 μ o poco più. Quanto alla forma sono in generale piatte e irregolarmente poliedriche, però tra quelle che si trovano isolate ve ne sono alcune di forma allungata. Il protoplasma è tinto in gialliccio dal picrocarmino di Weigert, a limiti delicati, talora uniforme, talora cosparso di goccioline di grasso di varia grandezza. Il nucleo è ora centrale ora eccentrico; talora, in un piccolo gruppo di cellule che mostrano di conservare ancora la mutua unione fisiologica, il nucleo di ciascuna cellula è disposto verso il lato di essa, aderente alle altre cellule. La forma del nucleo, nelle cellule di forma allungata è spesso ovale, talvolta però di forma circolare con un alone roseo distinto che lo circonda; tal'altra

volta si notano due o tre frammenti irregolari di nucleo. Nelle cellule piatte il nucleo è di forma simile all'elittica, però con accenno ad angoli, oppure è circolare. In qualcuna di queste cellule nel luogo dove, a norma delle altre, dovrebbe essere il nucleo, notasi un dischetto di dimensioni press'a poco uguali a quelle degli altri nuclei, dischetto non splendente, come se si trattasse di una gocciola adiposa ma piuttosto opaca e tinta in gialliccio. È dato osservare questo fatto anche in cellule che sono ancora aderenti ad altre che hanno il loro nucleo ben colorato, per cui è escluso ogni dubbio di accidentalità di colorazione. La grandezza del nucleo non è sempre la stessa. La maggior grandezza notasi nei nuclei elittici ed è μ 5 $\times$ 8, μ 5 $\times$ 10; quelli ovali, un po' angolosi, notati nelle cellule piatte, misurano μ 8, μ 5; i circolari sono per solito più piccoli (μ 3). Quanto al numero dei nuclei, se ne trova quasi costantemente uno solo. In qualche cellula epiteliale piatta il nucleo è foggiato a ferro di cavallo od a biscotto, ed i due rigonfiamenti sono quasi completamente distinti tra loro, ma insieme formano la massa di un sol nucleo ordinario. Raramente trovasi una cellula epiteliale piatta con due grossi nuclei distinti. In tutti questi nuclei poi si vedono distintamente granuli cromatici ed in alcuni si distingue un nucleolo.

2.° Esaminando ulteriormente i preparati si convince che osservando cellule epiteliali sempre più cariche di goccioline adipose, in modo che il protoplasma ne resta quasi completamente velato, ed a contorno non più poligonale ma in buona parte od in tutto circolare, si passa insensibilmente ad elementi che di cellule epiteliali glandulari non hanno più che il grosso nucleo elittico, raramente due nuclei un po' più piccoli, nuclei ordinariamente, come nelle cellule ghiandolari, disposti verso la periferia. La grandezza di queste cellule, supera di poco quella delle cellule precedentemente descritte. Del resto il protoplasma è alquanto roseo e coperto da minute goccioline giallo-verdicce, tutte per solito della stessa grandezza. Talvolta si vede un grosso nucleo ovale in mezzo ad un gruppo di goccioline non sempre esattamente rotonde, ma bozzute, goccioline che in cambio di essere raccolte intorno al nucleo, sono piuttosto sparse. Gli elementi cellulari in discorso sono i più numerosi.

3.° Più rare sono altre cellule press' a poco delle stesse dimensioni delle precedenti (21 $\times$ 24, 21 $\times$ 27, 24 $\times$ 27 μ) pure contenenti goccioline adipose, pure globose, e solo raramente unite in due o tre per una parte della loro periferia di forma lineare o poligonale; inoltre contenenti un nucleo grosso ed ordinariamente elittico. Differiscono però dalle precedenti cellule perchè sono più decisamente gialle e nel loro interno si intravedono grosse gocce (μ 21, 27) chiare o di un giallo fosco.

4.° Dagli elementi a fine goccioline adipose che misurano 18, 21 μ, si sale per gradi ad altri che misurano 24, 35, 35 $\times$ 37, raramente 54 μ, ed il fatto solo della maggiore grandezza li distingue da cellule

epiteliali divenute globose e ricche di sfericine. Però la notevole trasparenza del loro protoplasma darebbe ragione della maggiore loro estensione. Taluni di consimili elementi cellulari raggiungono 54 × 35 μ ma le goccioline sono molto distanti tra loro e sparse e al disotto di esse si vede il protoplasma roseo, col suo limite ancora ben delineato. Si noti incidentalmente, che non sono sempre queste goccioline tutte della stessa grandezza e che sono identiche ai globuli di latte; in oltre che il nucleo di queste cellule, talora è grande il doppio dell'ordinario e colorato pallidamente in roseo, senza granuli cromatici visibili.

5.° Nuclei liberi, delle varie specie surricordate, qualche volta circondati da poche goccioline adipose.

6.° Globuli lattei in grande quantità, splendenti, disposti spesso in piccoli od in grandi gruppi, di grandezza variabile, da minime granulazioni a 27 μ circa. Non si notano degli altri simili globuli opachi e con depressioni.

7.° Rarissimi leucociti grandi μ 13,5 rotondi, finamente granulosi, mono o binucleati, con nuclei rotondi e piccoli (μ 3). Non si trova alcuna forma di passaggio tra queste ed altre cellule di questa secrezione.

Concludendo, in questa secrezione, a parte i numerosissimi globuli lattei a piccoli gruppi, predominano gli epiteli della glandula o ben conservati, o più spesso provvisti di grasso, a vari stadi. I leucociti quasi mancano e non hanno a lato, forme di passaggio ad altri elementi cellulari.

* * *

Nell'esporre le precedenti osservazioni, mi sono servito delle parole: cellule epiteliali degli alveoli mammari, corpuscoli del colostro della prima e della seconda specie, globuli di latte, leucociti; ma debbo confessare che fino dalle prime osservazioni mi trovai imbarazzato, poichè non mi parve di vedere limiti ben definiti tra questi diversi elementi. Perciò il bisogno di comprenderli tutti nella mia descrizione mi costrinse talora a rilevare le più minute particolarità morfologiche. Siccome poi queste sono forse collegate a peculiari stati della glandula e potrebbero quindi servire a comprendere meglio il valore semiologico d'una determinata secrezione mammaria, ne parlerò dettagliatamente.

Cellule epiteliali. — Le cellule epiteliali si trovano isolate od in falde e si presentano ben conservate o ad un grado vario di modificazione o di alterazione. Le cellule epiteliali ben conservate ordinariamente sono poligonali più o meno spiccatamente ed a contorno delicato; il proto-

plasma è in esse per solito finamente ed uniformemente granuloso, in modo però da non potersi discernere vere granulazioni in tutto il suo ambito. Il nucleo è ordinariamente elittico, talvolta però circolare oppure reniforme o a ferro di cavallo o ad 8 in cifra. Quanto alla posizione, ordinariamente è eccentrico. Il dubbio che le cellule aventi nucleo a forma non elittica, non siano cellule epiteliali, si dissipa appena si osserva, come avviene non di rado, qualcuna di queste forme ancora congiunte con altre a nucleo elittico in una stessa falda di epitelio. Il nucleo è per solito unico, ma trovasi non di rado multiplo ed allora i nuclei sono più intensamente colorabili del solito. Qui cade acconcio tener distinte altre figure microscopiche le quali a prima giunta potrebbero giudicarsi grandi cellule a più nuclei, abbastanza bene conservati; mentre un'osservazione accurata fa collegare queste forme con altre nelle quali è in atto senza dubbio come un conglutinamento di due o più cellule, che dovevano trovarsi vicine nella compagine di un alveolo e tra le quali era scomparsa la linea di divisione.

La scomparsa di quest' ultima anche in epitelio ben conservato non è ipotetica. Essa è stata osservata più volte nella ghiandola mammaria, benchè in condizioni diverse da quelle che ora consideriamo, vale a dire nella cagna e nella cavia dopo avere sospeso l'allattamento [(Nissen (1), Bizzozero e Vassale (2), Mori (3)].

Nel nucleo si vede spesso un nucleolo ben evidente ed è molto frequente il vedervi più o meno numerosi granuli di cromatina. Queste cellule misurano da μ 14,5 a μ 17,4 circa. Vi sono però delle cellule epiteliali che non sono punto occupate da sfericine grassose e che hanno un' aspetto notevolmente diverso dalle descritte or ora. Queste cellule, come ho notato nei casi 2.° e 3.°, presentano in luogo del nucleo colorabile in rosso dal picrocarmino, un corpicciuolo a contorno circolare che come il resto del protoplasma cellulare prende il colore citrino dell'acido picrico. Anzitutto mi è sembrato di non poter dubitare della natura loro

---

(1) Nissen. « Ueber das Verhalten der Kerne in den Milchdrüsenzellen bei der Absonderung. *Arch. f. mikr. Anat.*, 1886, XXVI Bd.

(2) Bizzozero e Vassale. « Sulla produzione e sulla rigenerazione fisiolog. degli elementi ghiandolari. » *Arch. per le sc. med.*, Vol. XI, N. 12, Torino.

(3) Mori. « Sulle variazioni di struttura della ghiandola mammaria durante la sua attività. » *Lo Sperimentale*, 1892, fasc. V e VI, Firenze.

epiteliale pei seguenti fatti: 1.° L'avere una parte della periferia foggiata a segmenti di retta, non globosa come il resto della periferia; segmenti di retta che corrisponderebbero alla base d'impianto della cellula. 2.° L'identità dell'aspetto del protoplasma loro con quello di cellule epiteliali ben conservate e coi tipici caratteri di cellule epiteliali degli alveoli della glandula mammaria. 3.° L'essere il loro nucleo eccentricamente disposto verso l'accennata parte della periferia. Si sa infatti che spesso nelle cellule degli alveoli della glandula mammaria il nucleo è eccentrico e disposto precisamente verso la base d'impianto della cellula. Le altre particolarità di queste cellule, anzichè servire a dilucidare la natura loro, hanno bisogno esse stesse di una spiegazione. Noi abbiamo veduto che alcune di esse cellule, possedevano una semiluna più o meno sviluppata fino al grado di grosse gocce chiare, poco rifrangenti la luce. Queste semilune e gocce corrispondono abbastanza bene a consimili gocce o protuberanze osservate da alcuni autori, il Bizzozero ed il Vassale p. es. (1), nelle cellule di sezioni di glandula mammaria di bruti. I dischetti color citrino ricordano in certo modo i globi del Nissen.

Il Nissen (2) nella glandula mammaria di cagna che dava il latte a cinque piccoli, uccisa otto giorni dopo il parto, trovò dei nuclei che così descrive:

« Nel nucleo non è dato vedere nulla nè di nucleolo nè di corpicciuoli nucleari; solamente la sostanza nucleare è raccolta alla periferia e quivi separata in più segmenti ad arco. Il mezzo del nucleo è chiaro e attorno a questo nucleo si trova una porzione di protoplasma in forma di anello. »

Il Bizzozero ed il Vassale però, tenendo conto della varia grandezza dei globi del Nissen, talora al di sotto di quella di un nucleo normale e del fatto da loro osservato che talora erano completamente privi di pezzetti di sostanza cromatica, ritengono che queste forme non siano nuclei degenerati. Ora i dischetti non tinti in rosso, da me osservati e disegnati senza averne prima avuto alcuna conoscenza, corrispondono precisamente a queste forme, benchè io debba osservare che il Bizzozero

(1) Loco cit.
(2) Loco cit.

ed il Vassale non parlano di colorazione dei loro globi. Però essi osservavano sezioni di glandule trattate con vari processi di tecnica microscopica, non elementi contenuti in una fresca secrezione. In ogni modo hanno in complesso molta somiglianza. Pertanto parmi di avere un buon argomento per credere che essi siano dei nuclei degenerati. Osservando infatti parecchie cellule identiche per grandezza, forma e struttura del protoplasma, ho veduto in vicinanza di quel tratto della periferia che è rettilineo, in alcune un nucleo ben colorato dal picrocarmino, in altre un nucleo della grandezza del precedente pochissimo colorato e circolare, in altre in fine il dischetto tinto in citrino. Ho potuto anche, misurando un nucleo ben colorato, un nucleo poco colorato ed un dischetto, trovare la stessa grandezza di μ 8,7; inoltre numerosissimi dischetti identici che liberi nuotavano nella secrezione che io esaminavo, avevano quasi costantemente le stesse dimensioni. Io avevo già scritto queste parole, quando lessi che lo Steinhaus (1), servendosi oltrechè degli ordinari metodi, anche del recente metodo dell'Altmann, ha riscontrato la degenerazione grassosa anche nei nuclei delle cellule glandulari.

Ma bene spesso le cellule epiteliali, presentando pur sempre le modalità del protoplasma e del nucleo già accennate in quelle ben conservate, si osservano più o meno occupate da sfericine e pezzetti di adipe. Talora non sono che cosparse da un numero lieve di essi ed il loro contorno è sempre, benchè delicato, uniforme. È specialmente osservando queste cellule che nasce l'idea del confluire delle sfericine di grasso tra loro, dando luogo alle forme svariate di pezzetti grassosi brillanti che si osservano. Ma talvolta le sfericine sono copiose e coprono quasi completamente il protoplasma. Si possono trovare tutti gli stadi di passaggio da una cellula poco provvista di sfericine ad un'altra che ne è carica. In quest'ultimo caso è frequente osservare che il contorno è reso anfrattuoso ed irregolare perchè costituito dalle stesse sfericine grassose. La colorabilità del nucleo, che è, come si sa, proporzionale direttamente alla sua vitalità, non è sempre in rapporto col grado di replezione grassosa.

Per gradi insensibili si passa dalle cellule epiteliali ben conservate

---

(1) STEINHAUS. « Morfologija wydzielania zie mleka. » *Kronika lekarska*, 1892, 12.

a quelle che sono in via di disfacimento. Se non che il grado di disfacimento non è proporzionato sempre al grado di contenuto grassoso della cellula. Perciò già accanto alle cellule epiteliali a protoplasma granuloso e che non presentano punto sfericine di grasso nel loro interno, si osservano altre cellule a limiti irregolari e come sfumati in tutto od in parte e che sono manifestamente cellule in isfacelo. Le concrezioni di sostanza protoplasmatica granulare più o meno estese, che racchiudono nuclei numerosi, con elementi in disgregazione alla loro periferia, sono senza dubbio l'ultima espressione del disfacimento cellulare che può avvenire in un momento in cui il protoplasma cellulare è ancora scevro da granulazioni di adipe. I nuclei, che esse concrezioni granulari contengono, sono, come dissi altrove, talora tutti pallidamente colorabili, a limiti non ben marcati e senza appariscenti pezzetti di sostanza cromatica; talora invece, e nello stesso preparato, sono colorabili intensamente in rosso ed a contorno marcatamente elittico, con sostanza cromatica abbondante ed evidente, il che sempre più dimostra come il protoplasma delle cellule possa sfasciarsi lasciando in libertà il nucleo, ancora quando quest' ultimo è abbastanza ben conservato. Possono ripetersi cose alquanto analoghe per le cellule in vario grado di sfacelo, ma che sono già provviste di sferette e pezzetti di adipe; possono cioè avere contorno indeciso, in modo che essendo unite ad altre simili cellule, paia di trovarsi di fronte ad una sola grande cellula provvista di due o più nuclei, fino al punto da aversi ammassi di sfericine di forma grossolanamente rotondeggiante con più nuclei, fatto che corrisponde in un altro momento dell' attività della glandula alle concrezioni di sostanza granulare. Anche in questa serie di cellule in disgregazione, il grado di conservazione del nucleo, giudicato dalla colorabilità e dalla nettezza del contorno, non è sempre proporzionato al grado di disgregazione del protoplasma.

Come ulteriori fasi del disfacimento delle cellule, troviamo dei piccoli ammassi di protoplasma granulare o di sfericine più o meno grandi privi di nuclei, sparsi per la secrezione.

Corpuscoli del colostro. — Questa denominazione è stata da me adoperata, perchè realmente vi sono nel colostro, elementi cellulari che corrispondono esattamente alla descrizione che fanno dei corpuscoli del colostro il Bizzozero ed altri. Ma, come ho detto altrove, non ho potuto vedere un limite netto tra essi e le cellule epiteliali; invece io vedeva

una serie di cellule che man mano perdendo i caratteri della cellula epiteliale andavano acquistando quelli del corpuscolo del colostro della prima o della seconda specie. Intanto per quelli della prima specie la serie è, in certe secrezioni, evidente ed i singoli elementi cellulari che si considerano da una cellula epiteliale piena di sfericine grassose ad un corpuscolo del colostro della prima specie, non differiscono che per la grandezza che si va facendo maggiore, da quella di una indiscutibile cellula epiteliale fino a 30 μ e più. Del resto si possono vedere anche corpuscoli del colostro della prima specie, che conservano ancora in tutto o in parte la forma poligonale della periferia, fatto che è proprio delle cellule epiteliali; corpuscoli che si trovano anche a falde in cui i limiti tra corpuscolo e corpuscolo sono rettilinei e ben marcati, come in falde di epitelio. Di più bene spesso il nucleo è come nelle cellule epiteliali grande, elittico, e persino è dato vedere in una stessa falda, congiunti nel modo predetto, cellule epiteliali e corpuscoli del colostro della prima specie. Finalmente nei corpuscoli del colostro della prima specie come in certe cellule epiteliali, osservai ugualmente espansioni di sostanza incolore e trasparente.

I corpuscoli del colostro della seconda specie, che differiscono essenzialmente dai primi per contenere sferette di adipe di grandezza varia, talune molto grandi, e tutte però chiare e rifrangenti spiccatamente la luce, si possono pure asseriare con una quantità di altre cellule, alle quali si possono mettere accanto cellule epiteliali ben accertate contenenti sferette e pezzetti irregolari di adipe, talora grandi. Queste ultime cellule si mostrano spesso come in disgregazione e spesso si trovano raccolte in un certo numero. I corpuscoli del colostro della seconda specie hanno talora due nuclei molto distanti l'uno dall'altro, come appartenenti a due cellule che si fossero conglutinate, scomparendo la linea di unione. Inoltre vi sono dei corpuscoli del colostro della seconda specie più o meno grandi e sprovvisti di nucleo. Tutto questo significa che la grandezza d'un corpuscolo del colostro della seconda specie, non costituisce un ostacolo ad identificare i corpuscoli del colostro con cellule epiteliali in largo senso. Infatti l'accumulo di sferette di adipe in una cellula, spiega fino ad un certo punto un aumento di grandezza; di più le forme maggiori possono derivare da ciò, che due o più cellule contigue fornirono il protoplasma e le sferette di grasso, mentre una sola cedette il

nucleo, oppure ammettendo che la perdita dei nuclei avvenga talvolta dopo lo sfaldamento delle cellule.

Quantunque i corpuscoli del colostro di ambedue le specie si trovino nel colostro coi caratteri identici a quelli descritti dal Bizzozero (1), e alle volte in grandissimo numero, pure, come giustamente osserva l'Ottolenghi (2) non occorrono sempre così ben limitati, ma vi sono forme intermedie. Benchè l'irregolarità del contorno sia comune, anzi quasi costante in quelli della seconda specie, pure si trova in certi tratti anche in quelli della prima specie, e quasi costantemente dove esiste anche qualche sfericina più grande delle altre. Inoltre si trovano tutte le combinazioni possibili nella disposizione e nella grandezza delle sfericine, ed in ogni caso si può trovare o no in essi un nucleo.

Con ciò ho detto indirettamente, che il vedere il nucleo nei corpuscoli del colostro, non è secondo le mie osservazioni, questione della grandezza del numero delle sfericine grassose che si contengono nei corpuscoli del colostro, ma è questione dell'esservi un nucleo o del non esservi. Può ben darsi che pel numero delle sferette, specialmente se sono piuttosto grandi ed opache, il nucleo rimanga velato, ma siccome esso si colora in rosso col picrocarmino, così si rende in qualche modo visibile a traverso di esse.

Del resto occorre tener conto di un altro fatto. Se si fa una preparazione di colostro recente aggiungendo un po' di carmino e si osserva subito o quasi subito, si vede bene spesso solo una parte dei corpuscoli del colostro col nucleo colorato in rosso, altri sembrano non averlo; ma ripetendo l'osservazione dopo alcune ore od il giorno dopo, si trovano i nuclei colorati anche là dove prima non si vedevano menomamente.

Altrettanto dicasi di certe cellule epiteliali fortemente granulose che nelle predette condizioni apparirebbero senza nucleo o con una parte chiara poco rifrangente la luce. Osservando anche in tal caso il preparato dopo molte ore, si possono vedere anche in esse i nuclei ordinariamente elittici come nelle cellule epiteliali.

Alcune volte è molto evidente che nell'interno del corpuscolo del

---

(1) Loco cit.

(2) Ottolenghi. « I corpuscoli del colostro ed i globuli lattei in rapporto alla medicina legale. » *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, 1889, fasc. 8-9-10.

colostro, attorno al nucleo esiste una porzione di protoplasma leggermente colorabile in rosso dal picro-carmino a fresco, per cui sorge spontanea l'idea, che almeno parecchie volte i globuli grassosi siano come applicati ad una cellula che costituisca il nocciolo del corpuscolo del colostro. Per chiarire questa supposizione si può fare la seguente prova: Distensione della goccia sul vetro. — Essicamento alla lampada per fissare i protoplasmi. — Lavatura ripetuta nell'etere. — Lavatura con alcool assoluto. — Colorazione coll'ematossilina Renaut per 10'. — Lavatura con acqua leggermente acidulata con acido cloridrico. — Colorazione colla soluzione di eosina per 10'. — Lavatura con acqua. — Essicamento a debole calore. — Montatura in balsamo. — Osservando poscia il preparato, si vedono nel posto dei corpuscoli del colostro, che sono tutti scomparsi, cellule delle dimensioni delle cellule epiteliali della glandula mammaria, nelle quali si distingue un protoplasma ed un nucleo, ma affatto sprovviste di sferette adipose.

Globuli del latte. — Si chiamano così, delle sferette grassose, molto rifrangenti la luce. Si sa che nel colostro, a differenza di quello che si nota nel latte, essi hanno grandezza svariatissima e precisamente la diversità consiste in ciò, che oltre a un certo numero di globuli che sono paragonabili per grandezza a quelli del latte (fino a 10-12 μ) ve ne hanno di quelli di grandezza molto superiore 20-30-40-50 μ.

Il colorito è verdiccio, ma si riscontrano anche dei globuli grassosi di color giallo spiccato. I globuli lattei poi nel colostro, come si sa, sono disposti bene spesso a gruppi nei quali la grandezza dei singoli globuli è variatissima. A ciò debbo aggiungere di aver notato un fatto che secondo me rappresenta come fasi precedenti la fusione di singoli globuli, cioè forme bozzute di adipe nelle quali si riesce più o meno facilmente a distinguere ogni singolo globulo. Altre volte si vede di più. Infatti due globuli che sembrano meno fluidi degli altri, che si toccano pel loro margine, sono circondati da un alone comune chiaro, che per vero ho notato quasi sempre circondare ogni globulo di latte nel colostro; però la sostanza di ciascuno rimane distinta. In un altro luogo dello stesso preparato, due globuli ad esempio, oltre all'avere comune quest'anello trasparente, hanno la loro sostanza nel tratto in cui si toccano non più ben distinta, ma come fusa in una sola massa. Queste fasi di fusione si riscontrano anche in molti globuli insieme.

Ma oltre ai globuli lattei è qui luogo a parlare di altri globuli grassosi, anche isolati in buon numero, che a prima giunta si possono giudicare quali comuni globuli lattei. Però se ne differenziano notevolmente. Sono anzitutto meno trasparenti degli altri e non rifrangono così potentemente la luce. Inoltre la superficie loro è come infossata in uno o più luoghi, in modo che il contorno appare bene spesso non circolare. Questo solo fatto parla già abbastanza per una fluidità minore di quella dei veri globuli lattei. Ma per di più mi è riuscito, facendo delle pressioni sul copri-oggetti, di far ruotare uno di questi globuli in modo da vedere l'infossamento ora di fronte ora di profilo, il che oltre ad assicurarmi della esistenza di esso, mi persuase che non mutava nè di ampiezza nè di forma, e questo fatto depone senza dubbio per una certa solidità di questi globuli.

In fine sono da tener distinte quelle gocciole non splendenti che notansi o aderenti alle cellule od isolate e che si possono ritenere come gocciole albuminose derivanti dalle cellule stesse.

Leucociti quali si trovano nel sangue io ho trovato raramente nel colostro, senza che io pretenda di inferirne che non vi si possano talvolta trovare in buon numero. Mi permetto però di notare pei principianti, che bisogna guardarsi dal considerare come leucociti dei corpi granulosi, verdicci, con nucleo a prima giunta poco o nulla visibile e che come ho osservato altrove, sono cellule epiteliali più o meno cariche di granulazioni di adipe che solo più tardi delle altre si colorano e mostrano un nucleo elittico.

Quanto poi all'esistenza di leucociti più o meno alterati o carichi di goccioline adipose, credo che non si possa escludere che una parte degli elementi provvisti di adipe possano essere appunto leucociti.

* * *

Io credo che dall'esame dei casi esposti risulti evidente che il colostro varia per la quantità e la qualità dei suoi elementi formati, dal principio alla fine della gravidanza, verosimilmente col variare dello stato anatomo-funzionale della glandula.

È risaputo che al cominciare della gravidanza la glandula mammaria è sede di una ipertrofia che deve condurre l'organo allo stato di

adempire alla propria funzione, cioè alla formazione del latte. Questa ipertrofia avviene specialmente per una proliferazione degli epiteli e, come hanno dimostrato il Bizzozero ed il Vassale (1), in grazia della cariocinesi. Corrispondentemente a ciò fino dal secondo mese (1.° 2.° 3.° caso) della gravidanza, appena che è possibile ottenere colla compressione della mammella qualche goccia di liquido, noi troviamo in questo, l'espressione della proliferazione cellulare cioè una quantità considerevole di nuclei liberi e di cellule epiteliali, nelle quali è possibile talora sorprendere fatti che tengono alla divisione del nucleo, come due nuclei ancora vicini, simmetrici, intensamente colorabili. Si troverebbero pure delle forme che dipendono probabilmente dalla divisione diretta del nucleo. Troviamo inoltre concrezioni di sostanza granulare che non sono altro che protoplasma cellulare di elementi epiteliali caduti e disfatti, che spesso impiglia nuclei alle volte ben conservati. Pare, che nel tumulto della proliferazione epiteliale, una parte degli elementi si stacchi e cada. I globuli lattei sono scarsi, talora mancano.

Ma siccome più tardi (4.° caso) alla proliferazione glandulare si aggiunge come un tentativo della funzione che è propria di questi epiteli, troviamo cellule epiteliali più o meno provviste di pezzetti di adipe e corpuscoli del colostro a piccole sfericine che non sono forse che cellule epiteliali spesso unite in numero vario. Però, siccome non tutti gli acini della glandula sono verosimilmente allo stesso stadio, così si continuano a trovare cellule epiteliali e ammassi di sostanza granulare. Di poi (casi 5 e 6) quando le cellule cadono prevalentemente dopo essersi caricate di goccioline grassose, non troviamo più ammassi granulari e così gran copia di nuclei, ma predominano i corpuscoli del colostro specialmente della prima specie, ma sempre meno in gruppi, poichè facendosi omai, fatto prevalente la formazione di veri e proprî globuli di latte anzichè di minute sferette che costituiscono i corpuscoli della prima specie, questi si formano forse qua e là isolatamente e così cadono e si osservano nella secrezione.

---

(1) Loco cit.

II.

Secrezione mammaria dopo il parto.

a) Non ha avuto luogo allattamento:

Caso undicesimo.

Primipara non gravida; il parto fu prematuro a sette mesi; trovasi a tre mesi dopo il parto.

Secrezione: Liquido albuminoso bianco-opaco.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali piuttosto scarse, isolate o a piccoli gruppi, con uno o più nuclei a forma di rene o di ferro di cavallo, con numero vario talora rilevante di goccioline adipose. I gruppi sono composti di cellule già alquanto ripiene di grasso e non vi si vedono linee di unione distinte.

2.° Corpuscoli del colostro chiari o grigio foschi a piccole sfericine o con sferette più grosse, oppure costituiti completamente di pallicine piuttosto grandi e non perfettamente trasparenti o di gocciole grandi e molto trasparenti. Queste svariate forme sono, o senza nucleo o con un nucleo generalmente alla periferia piuttosto grande ed ordinariamente elittico, talvolta multiplo e con forme a ferro di cavallo ed a biscotto. Il protoplasma nei corpuscoli verdicci e foschi non è punto visibile; negli altri si vede colorato in roseo, talvolta molto intensamente. La grandezza varia da quella d'una cellula epiteliale fino a 54 μ. Talora ve ne sono due uniti visibilmente perchè erano vicine le due cellule primitive.

3.° Nuclei liberi in discreta quantità talvolta con poco protoplasma e goccioline adipose.

4.° Globuli di latte qua e là in via di fusione ed in gruppi vari per grandezza, e pel volume ed il numero dei globuli. Alcuni di questi sono come granulosi alla superfice perchè coperti da granulazioni grassose minutissime.

In conclusione predominano in questa secrezione i corpuscoli del colostro a sfericine e pezzetti di forma irregolare di adipe. Essi si mostrano bene spesso in sfacelo e non sono uniti in gruppi.

Caso dodicesimo.

Primipara non gravida. Trovasi ad un anno dal parto che avvenne a termine.

Secrezione: Due piccolissime goccioline d'un bianco leggerissimamente gialliccio, alquanto viscide.

Reperto microscopico: 1.° Corpuscoli del colostro estremamente rari, tanto da rinvenirne solamente tre in tutto (V. tav., fig. 22). Appartengono alla seconda specie e sono evidentemente in via di disgregazione, poichè sono rappresentati da un aggregato irregolare di sfericciuole di varia grandezza, splendenti, identiche ai globuli lattei, con un solo nucleo poco colorabile, grande, elittico, verso la periferia.

2.° Globuli lattei isolati (V. tav., fig. 21), molto rifrangenti che misurano fino a μ 8 circa. In numero scarsissimo se ne trovano di dimensioni superiori, fino a 27 μ, bianchicci, non brillanti.

Caso tredicesimo.

Dodicesimipara non gravida, un anno dopo il parto.

Secrezione: Piccola gocciolina bianchiccia.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali della glandola mammaria con granulazioni grassose generalmente sparse sul protoplasma in poca quantità. In alcune cellule sono manifeste di quelle forme dei pezzetti adiposi che accennano a fusione di più sfericine tra loro. Si notano poi altre cellule con nucleo identico a quello delle cellule epiteliali, ma più grandi (μ 24,1 26,1 34,8) e cosparsi di molte granulazioni e pezzetti adiposi, che si possono considerare come cellule epiteliali, tanto più che le forme maggiori e che quindi più se ne discosterebbero, appaiono più cariche di grasso e con nucleo più grande e leggermente colorato. Anche in queste cellule più grandi si notano pezzetti adiposi che accennano ad una fusione di pezzetti minori.

2.° Accenno separatamente ad alcune cellule osservate in preparati freschi e non colorati, della grandezza di 17,4 μ irregolarmente rotondeggianti, a protoplasma chiarissimo, contenenti granulazioni agitate da movimenti di escursione rapidissimi, e che molto probabilmente sono globuli bianchi. Dovetti escludere che quelle granulazioni fossero particelle accidentalmente aderenti alle cellule che io osservava, perchè raggiungevano la periferia della cellula senza mai oltrepassarla. Non mi fu dato di vedervi un nucleo; invece in una di esse vidi un dischetto opaco, circondato da alone chiaro, molto simile ad uno di quei globi del Nissen sprovvisti di cromatina che trovai p. e. nel caso secondo e nel caso terzo. Le granulazioni più vicine a questo globo erano immobili e come ammassate intorno ad esso. Un' altra di queste cellule aveva nel centro un dischetto grande circa μ 4 e splendente.

3.° Qualche raro globo del Nissen senza cromatina ed immerso in un velo di protoplasma della grandezza di μ 14,5.

4.° Globuli lattei splendenti, liberi, taluni irregolari, della grandezza massima di 14,5 μ.

b) L'allattamento fu sospeso:

Caso quattordicesimo.

Primipara non gravida. Il parto avvenne 34 giorni prima dell'osservazione. Dopo 24 giorni dal parto sospese l'allattamento.

Secrezione: Liquido sieroso, torbidiccio con una parte raccolta nel mezzo ed in fondo, bianco-lattea piuttosto tenace.

Reperto microscopico: Non v' ha differenza fra gli elementi formati contenuti nelle due parti della secrezione; solamente nella parte densa il numero di essi è maggiore. 1.° Cellule epiteliali isolate od in gruppi, talora molto grandi, a protoplasma fittamente cosparso od intieramente coperto da sfericine minute, più raramente da vere minutissime granulazioni grassose. Il contorno di queste cellule, raramente è ancora abbastanza nettamente poligonale.

Nei gruppi di cellule, talora è visibile ancora la loro unione a tratti rettilinei; altra volta i limiti, si può dire, che più non esistono e pare che i nuclei siano immersi in un fondo costituito da piccole sferette grassose, uniformemente disposte l'una accanto all'altra per larga superficie. Però si vede che i nuclei non sono alla rinfusa, ma disposti con una certa regolarità, come quelli di cellule epiteliali ancora unite tra loro. Qua e là, ma raramente si vede qualche cellula che ha il nucleo più o meno completamente fuoruscito dal corpo cellulare, oppure che ha perduto il nucleo e che si è disposta, raccogliendosi, a forma sferoide. Nei nuclei non è dato vedere nucleolo nè granuli cromatici. Il numero delle cellule epiteliali descritte è rilevante.

2.° Nuclei liberi scarsissimi, talora pallidissimi e più grandi del solito.

3.° Notasi una larga falda di epitelio alveolare con una cellula che misura μ. 27 ed un' altra μ. 55; quest'ultima con due nuclei grandi ovali. In un' altra falda epiteliale si notano alcune cellule che non presentano un nucleo colorato; ma osservando il giorno dopo la preparazione si veggono tutte queste cellule col loro nucleo colorato. Si notano che in alcune esiste una goccia bianco-opaca simile a goccie che si trovano in certa copia alla periferia di questa falda epiteliale e che si presentano quali gocce albuminose.

4.° Corpuscoli del colostro a piccole sfericine, isolate od in gruppi di due o poco più, di forma generalmente circolare, ma anche elittica,

grandi al massimo 43,5 μ e man mano di grandezza inferiore fino a quella di una cellula epiteliale.

Talora si vede molto bene che le particelle grassose non sono sempre sferiche, ma bene spesso di forma irregolare, come se fosse in atto una fusione delle minori. Si osserva che le particelle grassose sono alla superfice del protoplasma, il quale generalmente è tinto in roseo, talora invece non appare colorato. Il nucleo è talora centrale, ma spesso vicino alla periferia. Qua e là si vedono corpuscoli del colostro che stanno perdendo il nucleo o che l'hanno già perduto, in modo che rimangono dei dischi più o meno grandi composti di sfericine grassose. Alcuni corpuscoli del colostro sia che conservino ancora il nucleo, sia che l'abbiano perduto, appaiono in disgregazione. Raramente si osserva in un corpuscolo del colostro una o più gocciole grosse, oppure che tutte siano tali. Vi esistono anche corpuscoli del colostro uniti in due o poco più nei quali i limiti di unione non sono più visibili. La serie dalle cellule epiteliali ai corpuscoli del colostro è manifesta. Talora nella stessa falda di epitelio vi sono cellule epiteliali e corpuscoli del colostro, talora con una parte della periferia ancora rettilinea colla quale si congiungono ad un lato d'una cellula epiteliale a contorno manifestamente poligonale.

5.° Globuli lattei (5-18 μ) per la massima parte isolati e di grandezza non molto svariata, però vi sono delle grosse gocce. Quando sono riuniti sono piccoli ed in piccolo numero. Raramente si trovano accumuli piuttosto numerosi di sfericine. Si osserva frequentemente che nei globuli riuniti in due o più è in atto una fusione. I globuli lattei isolati si mostrano alquanto fluidi, poichè scorrendo nella preparazione ed urtando contro altri si deformano con grande facilità. Oltre a questi globuli lattei ve ne sono altri isolati o, più spesso, in gruppi, ma in numero piccolo, che hanno l'apparenza di una struttura concentrica.

Questi non hanno sempre forma esattamente sferica. Finalmente in vicinanza di certe falde di epitelio, si notano altri globuli perfettamente sferici, bianco-opachi ed omogenei, dei quali si è già parlato.

In conclusione predomina l'elemento « globuli lattei come nel latte » e l'elemento « cellule epiteliali cariche di adipe. »

Caso quindicesimo.

Pluripara non gravida. L'ultimo parto è avvenuto sette mesi fa; dopo 5 mesi ha sospeso l'allattamento.

Secrezione: Liquido giallastro, alquanto scorrevole ed in certa abbondanza.

Reperto microscopico: 1.° Qualche cellula epiteliale contenente molte goccioline adipose (μ 20,3 e più).

2.° Corpuscoli del colostro delle due specie. Il nucleo si vede indefinito negli uni e negli altri. In quelli della seconda specie le sfericciuole sono così splendenti come i globuli lattei e presentano manifesta fusione. Quelli della prima sono per solito molto scuri e verdicci. Abbondano fra questi, quelli senza nucleo ad onta che abbiano contorno regolarmente circolare.

3.° Globuli lattei, tutti liberi. A colpo d'occhio si vede come a globuli lattei di grandezza varia, ma abbastanza uniforme come nel latte, siano frammisti altri globuli notevolmente maggiori e che spiccano sugli altri, di 20 μ circa. Vi sono poi delle gocciole enormi (μ 63, 87, 92) coperte di cristalli aghiformi. Esercitando opportune pressioni sul copri-oggetti si vede che realmente sono fluide.

c) L'allattamento fu completo:

Caso sedicesimo.

Sestipara non gravida; da sette mesi non allatta.

Secrezione: Liquido bianco, leggermente gialliccio, poco trasparente e poco scorrevole. Vi si intravede una parte come sierosa trasparente ed un'altra più densa bianchiccia.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali piuttosto rare, mai ben conservate, sempre più o meno cariche di goccioline di grasso, spesso ripiene o meglio coperte da esse, in modo da avere la periferia irregolare. Sono, o isolate o qualche volta in gruppi, ma sempre non ben conservate, con nuclei colorati in roseo, raramente in rosso. Ve ne sono di quelle con nucleo molto colorabile e colle forme proprie della divisione diretta (?) a ferro di cavallo, a biscotto, ma sono cariche di goccioline ed in ogni modo sono poche.

2.° Corpuscoli del colostro della seconda specie di Bizzozero. Ve ne sono altri nei quali si verifica una speciale disposizione delle sferette. Alla superficie esiste uno strato di sfericine piccole, che formano come una membrana nella quale stanno racchiuse delle grosse gocce chiare. Altri non presentano veramente sferule grassose, ma sono come irregolarmente granulosi e d'un verde fosco. Altri sono composti di sferette piuttosto grandi e sono pure foschi. Vi è ogni combinazione. Parallelamente a queste diverse forme che per grandezza vanno ciascuna dalla cellula epiteliale alle solite grandezze di 40-50 μ, vi sono forme abbastanza numerose, identiche, se non che non presentano nu-

cleo anche osservate 20 ore dopo l'aggiunta del picrocarmino di Weigert e di Bizzozero. Altri presentano il nucleo in via di staccarsi.

Esistono scarsi nuclei liberi nella secrezione.

Notisi che non è supponibile che il non vedersi il nucleo dipenda dall'essere velato dalle sferule, perchè in corpuscoli non solo chiari, ma anche molto foschi ed a sfericciuole grassose stipate, si vede. Poi vi sono altre forme più o meno irregolari, cioè accumuli di sfericine di varia trasparenza e grandezza che fanno ponte alle sferule grassose libere. Tutti i descritti corpuscoli sono generalmente isolati, talora però a gruppi con cellule epiteliali ed è dato constatare limiti rettilinei ancora persistenti; vi è però in tutti gli elementi cellulari, marcata formazione grassosa.

Vi sono corpuscoli del colostro con due o tre nuclei, ma il contorno del corpuscolo dimostra che risulta dalla fusione di due o più corpuscoli e questi nuclei sono poco colorabili. In oltre vi sono punti nei quali si vede manifestamente che avviene come una fusione di corpuscoli, perchè le cellule epiteliali erano primitivamente contigue.

I corpuscoli abbastanza chiari, mostrano il protoplasma colorato in roseo.

3.° Globuli di latte in complesso di grandezza abbastanza uniforme come nel latte della allattante. Vi sono però anche dei grossi globuli. Sono anche in complesso piuttosto liberi. Mancano i globuli non splendenti.

Caso dicisettesimo.

Quintipara non gravida; da 17 mesi non allatta più.

Secrezione: Liquido bianco-gialliccio poco scorrevole.

Reperto microscopico: 1.° Cellule epiteliali scarse e con molte goccioline adipose ed a limiti non ben netti; talora a gruppi. Qualche rarissimo nucleo isolato, tinto debolmente dal picrocarmino, cosparso di goccioline e spesso di grandezza maggiore del solito.

2.° Corpuscoli del colostro piuttosto scarsi in confronto dei globuli di latte. Il loro aspetto è come nel caso precedente.

3.° Globuli lattei piuttosto liberi, splendenti, ma talvolta in piccoli gruppi. Rarissimi i globuli solidi.

Caso diciottesimo.

Secondipara non gravida; da due anni e otto mesi non allatta.

Secrezione: Gocciolina opalina.

Reperto microscopico: 1.° Rarissimi corpuscoli del colostro della

prima specie, trasparenti, incolori. In alcuni il nucleo non è di 8,8 μ come suol essere in circa, ma di 14,5 ed è poco colorabile. Quanto alla grandezza misurano 37,4 μ fino a 40 μ.

2.° Corpi bianchicci omogenei, irregolarmente globosi che corrisponderebbero alle concrezioni coloidee osservate dal Vassale e dal Bizzozero (1) nella glandula mammaria della cavia cui era stato sospeso da 7 giorni l'allattamento che durava da 12 giorni.

3.° Globuli di latte da 1-11 μ.

* * *

Dagli esposti casi di secrezione mammaria posteriore al parto, emerge che gli elementi che vi si contengono, sostanzialmente si trovano pure nel colostro; che la secrezione varia però secondochè non ebbe luogo l'allattamento, o ebbe luogo per poco tempo, oppure fu condotto al termine, come pure varia secondo il tempo che è trascorso, rispettivamente dalla gravidanza o dall'allattamento.

Possiamo dire, che dopo tre o più mesi dal parto, quando non ebbe luogo l'allattamento, si trovano delle cellule epiteliali ben conservate o quasi, come in gravidanza (casi 11 e 13). Quando poi la funzione della glandula è da ritenere quasi spenta, ed il riassorbimento è quasi completo, tracce di corpuscoli del colostro (caso 12).

Quando invece la donna allattò ma è già scorso qualche tempo, forse qualche mese (caso 15.°) dacchè l'allattamento fu sospeso, si trovano cellule epiteliali ma non ben conservate, un po' più conservate quando l'allattamento durò pochi giorni (caso 14.°). I corpuscoli del colostro si presentano con relativa frequenza senza nucleo ed i globuli lattei sono splendenti e completamente o quasi completamente liberi, secondochè l'allattamento durò giorni o mesi.

Dopo un tempo vario dal compiuto allattamento possiamo trovare cellule epiteliali, ma scarse e non ben conservate. I corpuscoli del colostro sono spesso senza nucleo, piuttosto isolati, ed i globuli lattei sono liberi e splendenti.

---

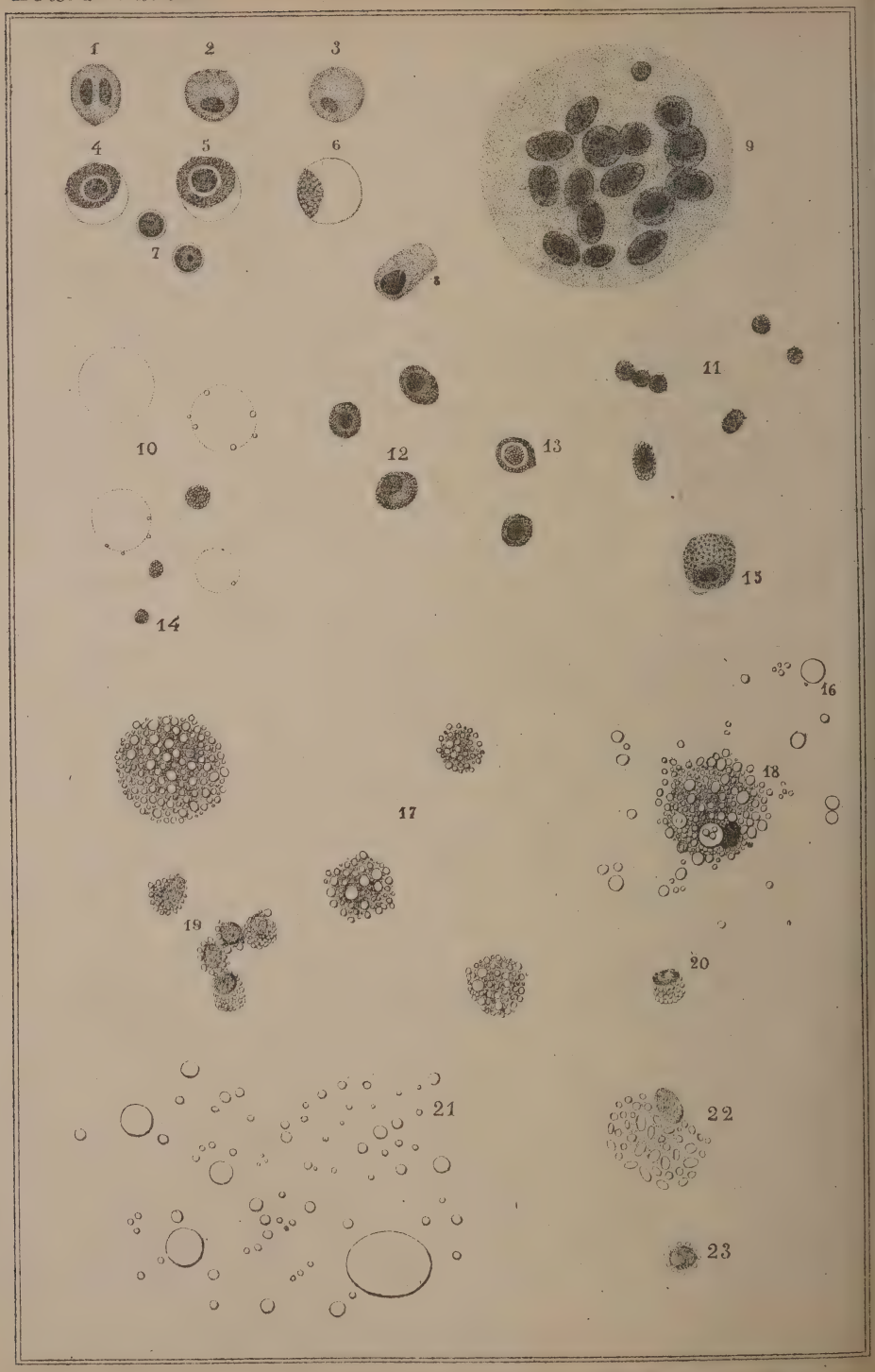
(1) Loco cit.

CONCLUSIONI.

Confrontando la secrezione mammaria della gravidanza, con quella che segue all'allattamento compiuto, e ponendo il quesito dal lato puramente pratico, possiamo dire che le differenze che abbiamo trovato tra le due secrezioni sono profonde.

Infatti è specialmente nei primi mesi della gravidanza che ci potremo rivolgere la domanda: La secrezione che spremiamo dalla mammella è il segno del risveglio della ghiandola sotto l'eccitamento di una gravidanza od è il prodotto d'una glandula che sta per rientrare in riposo? Ora nei primi mesi della gravidanza, nella secrezione mammaria troviamo quasi esclusivamente delle cellule epiteliali e dei nuclei liberi. Invece la secrezione mammaria posteriore all'allattamento non contiene che scarsissime cellule epiteliali e nuclei liberi e non ben conservati. Dopo i primi mesi compaiono nel colostro i noti corpuscoli, riuniti per la maggior parte in gruppi più o meno numerosi ben provvisti di nuclei. Nella secrezione mammaria posteriore all'allattamente compiuto, i corpuscoli del colostro sono prevalentemente isolati e scarsi a nuclei. I globuli di latte sono nel colostro spesso a gruppi. Nella secrezione mammaria posteriore all'allattamento sono quasi costantemente isolati. Nel colostro esistono anche liberi altri globuli che sembrano di sostanza più compatta di quella degli ordinari globuli del latte; questi mancano o quasi nella secrezione mammaria posteriore all'allattamento.

Nel por fine all'esposizione delle mie ricerche ringrazio di cuore il prof. Fabbri che mi diede l'ispirazione del presente lavoro ed il prof. Bergonzini che mi fu largo di buoni consigli nella sua esecuzione.



Lit. Cavanzati Modena

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA.

(Microscopio Leitz., oc. 3, ob. 7).

PREPARAZIONE: Aggiunta alla secrezione fresca di picrocarmino di Weigert.

Elementi formati della secrezione mammaria in gravidanza:

1-3, 8 e 12. Cellule epiteliali ben conservate.
4, 5. Cellule a nucleo non colorabile con porzione di protoplasma trasparente.
6. Cellula della stessa specie che ha perduto il nucleo.
7. Globi di Nissen senza cromatina.
9. Concrezione di protoplasma granulare con molti nuclei.
10. Gocciole albuminose libere.
11. Nuclei liberi.
13. Cellula a nucleo non colorabile granuloso, che ha perduto la gocciola albuminosa.
14. Nuclei liberi non colorabili, granulosi.
15. Corpuscoli del colostro.

Elementi formati della secrezione mammaria dopo compiuto l'allattamento:

16. Globuli di latte.
17. Corpuscoli del colostro privi di nucleo.
18. Corpuscolo del colostro con nucleo.
19 e 20. Cellule epiteliali piene di gocciole di adipe con nucleo poco colorabile.

Elementi della secrezione mammaria di primipara che da un anno aveva partorito e non aveva allattato:

21. Globuli di latte tutti isolati.
22. Corpuscolo del colostro disgregato con nucleo poco colorabile.
23. Nucleo poco colorabile con poche goccioline adipose aderenti.

LABORATORIO DI FISIOLOGIA DI PADOVA
diretto dal Prof. **A. Stefani**

L'UREA NEL SANGUE DEL FETO

RICERCHE DEI DOTTORI

CAVAZZANI EMILIO e **LEVI SALVATORE**

Aiuto e Libero Docente di Fisiologia. ex-Assist. e Specialista di Ost. e Ginec.

Dalle ricerche dei dottori Jolyet e Lefour (1), le sole, che noi conosciamo in argomento, è risultato, che l'urea si trova nel sangue fetale nelle proporzioni di 0,285 p. 1000. Questo valore è desunto da 9 osservazioni, in parecchie delle quali si sono ottenuti dei dati troppo divergenti, perchè non si provi il bisogno di nuove indagini: e ciò tanto più, che gli Autori summentovati hanno cercato invano nelle particolarità del feto, come il peso, il sesso, la maturità, una ragione di codeste variazioni.

Riprendere tale studio ci è sembrato prezzo dell'opera anche perchè la questione si riannoda con molti problemi del ricambio fetale, che finora sono quasi completamente ignoti, e sui quali forse l'analisi accurata del sangue porterà qualche luce. Dobbiamo alla cortesia del chiarissimo prof. Inverardi, direttore della Clinica ostetrica, ed alla valida cooperazione dell'egregio suo assistente, il dott. Cordaro, se ci fu possibile di riunire un numero discreto di osservazioni: all'uno ed all'altro facciamo i più sentiti ringraziamenti.

Il sangue era raccolto dal cordone ombellicale del neonato, prima

(1) JOLYET et LEFOUR. *Gazette Hebdomad. des Sciences Méd. de Bordeaux,* N. 33, 1892. Ricordiamo, che l'urea fu trovata da Herter (« Harnstoff in Pleuasaft eines todtgeborenen Kindes. » *Virchow's Archiv,* IX, pag. 305), nel versamento pleurico del neonato, e che l'Hofmeier (« Beitrag zur Lehre vom Stoffwechsel des Neugeborenen. » *Virchow's Arehiv,* LXXXIX, pag. 493), l'ha dosata nell'urina del bambino appena espulso.

di farne la legatura, in quantità di 10-30 cmc. Vi si mescolavano dieci goccie di una soluzione concentrata di ossalato potassico, per impedire che coagulasse, ed allo stesso scopo il recipiente si teneva immerso nel ghiaccio fino al momento, in cui si cominciavano le operazioni per la dosatura. Si dovette ricorrere a questi mezzi anticoagulanti, perchè, come è facile immaginare, non era possibile di avere all'Istituto di Fisiologia il sangue immediatamente dopo il parto. Del resto abbiamo fatto delle esperienze di confronto, e ci siamo assicurati, che si può lasciare a sè il sangue per 10-15 ore, senza che la quantità di urea contenutavi si accresca o diminuisca.

L'urea era estratta dal sangue, precipitando le sostanze albuminoidi con diversi metodi, e cioè coll'alcool assoluto (5-6 volumi per ogni volume di sangue, filtrando dopo 24 ore), o col metodo indicato dal Seegen (1), o infine con quello, proposto recentemente da uno di noi (2). Gli estratti acquosi erano concentrati, evaporati a secco; poi si riprendeva il residuo con acqua distillata. Per la dosatura fu adoperato l'ipobromito sodico, servendoci dell'apparecchio del prof. Anderlini. Frequenti osservazioni di controllo con una soluzione titolata di urea ebbero lo scopo di correggere gli eventuali errori, attribuibili a modificazioni della temperatura ambiente, della pressione atmosferica, ecc.

Crediamo opportuno di far notare, che l'ipobromito di sodio mette in libertà non esclusivamente l'azoto dell'urea, ma in parte anche quello di alcune altre sostanze azotate, come dell'acido urico, della creatinina, ecc. (3). Perciò i dati, che noi riferiamo, a rigor di termine non rappresentano tutta urea. Siccome però nel sangue queste altre sostanze in confronto all'urea si trovano assai scarse, così crediamo, che ci sia permesso di passar sopra al lieve errore, come hanno fatto molti, che ci sono maestri.

Ciò premesso, presentiamo riuniti in un quadro i risultati di 32 osservazioni, delle quali alcune eseguite sul principio del 1893, le altre dal principio del 1894 sino alla fine del maggio scorso.

---

(1) J. Seegen. « Ueber eine neue Methode der Blutenteiweissung. » *Cbl. f. Physiol.*, 1892, N. 20.

(2) E. Cavazzani. « Metodo per la dealbuminazione del sangue. » *Ann. di Chim. e Farmac.*, 1894.

(3) Halliburton-Kaiser, *Lehrbuch der Chemischen Physiol.*, 1893, p. 841 e Salkowski-Leube « Die Lehre vom Harn. » 1892, p. 54.

N. progressivo	Data del parto	Urea nel sangue fetale in gr. e °/oo	Durata complessiva del parto in ore e m.	Durata del periodo espulsivo in ore e m.	Sesso del feto	Peso del feto in grammi	Lungh. del feto in centim.	Peso degli annessi in grammi	Condizione della madre	Primipara o pluripara	Anni della madre	Accidenti del parto
1	28. 1. 93	**0,170**	19. —	—	M.	3600	51	500	Contadina	—	—	Procidenza del funicolo.
2	1. 2. »	**0,102**	5. 15'	—	M.	3600	52	600	Domestica	IIpara	24	
3	2. 2. »	**0,221**	23. —	—	M.	3200	48	500	Domestica	Ipara	20	Rottura artific. delle membrane.
4	8. 2. »	**0,092**	6. 45'	—	M.	3900	54	600	Domestica	VIIpara	41	Sofferenza fetale.
5	16. 2. 94	**0,140**	8. 25'	10'	M.	3730	49	520	Domestica	IIpara	21	
6	22. 2. »	**0,112**	4. 10'	60'	F.	3680	—	540	Maritata	Xpara	41	
7	24. 2. »	**0,138**	9. 15'	15'	F.	3310	50	510	Contadina	IIpara	20	
8	25. 2. »	**0,094**	9. 15'	1. 40'	M.	2180	50	460	Contadina	Ipara	38	Estrazione col forcipe.
9	26. 2. »	**0,209**	10. 15'	15'	M.	4160	54	580	Cameriera	IIpara	30	
10	2. 3. »	**0,160**	11. 40'	60'	F.	2425	46	450	Maritata	Ipara	25	Bacino rachitico.
11	5. 3. »	**0,133**	9. 30'	10'	M.	3320	49	490	Maritata	IVpara	41	
12	10. 3. »	**0,232**	22. 25'	4. 15'	M.	3130	50	460	Domestica	Ipara	21	
13	11. 3. »	**0,091**	7. 20'	1. 10'	M.	3720	55	510	Contadina	Ipara	19	
14	12. 3. »	**0,183**	6. 20'	1. 10'	F.	2730	49	450	Casalinga	Ipara	24	
15	14. 3. »	**0,150**	11. 25'	60'	F.	3060	50	400	Domestica	IIpara	22	
16	23. 3. »	**0,295**	4. 10'	15'	F.	2970	48	420	Sarta	IIpara	22	

N. progressivo	Data del parto	Urea nel sangue fetale in gr. e °/oo	Durata complessiva del parto in ore e m.	Durata del periodo espulsivo in ore e m.	Sesso del feto	Peso del feto in grammi	Lungh. del feto in centim.	Peso degli annessi in grammi	Condizione della madre	Primipara o pluripara	Anni della madre	Acidenti del parto
17	1. 4. 94	0,452	10. 20'	10'	M.	3070	49	450	Contadina	IIpara	23	
18	5. 4. »	0,326	10. —	50'	F.	3215	49	500	Domestica	Ipara	21	
19	12. 4. »	0,244	8. 10'	60'	F.	2910	49	390	Cameriera	Ipara	23	
20	14. 4. »	0,246	4. —	10'	M.	3410	49	400	Contadina	IIIpara	28	
21	16. 4. »	0,243	11. 20'	10'	M.	3460	50	430	Contadina	IIpara	26	Presentazione della faccia.
22	18. 4. »	0,354	7. 10'	15'	F.	3000	49	450	Casalinga	IIpara	33	
23	22. 4. »	0,260	16. 50'	55'	F.	2170	43	580	Merciaia	IIpara	28	Gravidanza gemellare.
24	29. 4. »	0,244	6. 50'	1. 25'	F.	3780	50	500	Sarta	Ipara	19	
25	2. 5. »	0,181	8. 10'	30'	F.	3180	49	460	Domestica	Ipara	20	
26	5. 5. »	0,215	13. 55'	30'	F.	3060	49	370	Domestica	Ipara	22	2 giri di cordone al collo.
27	6. 5. »	0,244	15. 25'	2. 15'	F.	3100	50	340	Ricamatrice	Ipara	21	Forcipe al piano perineale.
28	13. 5. »	0,147	18. 40'	1. 05'	F.	2550	48	500	Casalinga	Ipara	18	Soff. fet. appl. forcipe allo scavo
29	17. 5. »	0,215	19. —	20'	F.	3150	49	300	Domestica	Ipara	25	
30	18. 5. »	0,259	19. 40'	10'	F.	2650	49	420	Domestica	Ipara	30	Appl. forcipe per soff. fetale.
31	19. 5. »	0,255	3. 55'	15'	M.	3270	49	460	Contadina	Pl.para	23	
32	22. 5. »	0,511	7. 40'	15'	M.	2680	49	320	Sarta	IIpara	35	Forcipe allo scavo.

Apparisce anzitutto, che le proporzioni medie dell'urea, quali risultano dalle nostre ricerche, sono di poco inferiori a quelle determinate dai dottori Jolyet e Lefour, cioè sono di 0,215 p. 1000. Apparisce ancora, che, se non abbiamo trovato delle differenze così grandi, come i dottori Jolyet e Lefour, cioè da un minimo di 0,056 ad un massimo di 1,00 p. 1000, abbiamo riscontrato anche noi delle oscillazioni molto sensibili e precisamente da un minimo di 0,091 si sale ad un massimo di 0,511 p. 1000.

Questa variabilità, certamente non trascurabile, delle proporzioni dell'urea dipendono forse da alcuno dei fenomeni, che si accompagnano alla gravidanza ed al parto, e che possono turbare profondamente la circolazione, il ricambio, le secrezioni sia nella madre, come nel nascituro. Per determinare ciò, è stato tenuto calcolo dei principali fra codesti fenomeni, ed in prima linea dell'epoca del parto, poi della durata dei suoi periodi, e del decorso: è stato inoltre tenuto conto del sesso, del peso, della lunghezza del feto, delle condizioni della madre, e così via.

Basta una semplice ispezione alla tabella presentata per convincersi, che un rapporto fisso, ben determinato della quantità d'urea non esiste nè collo sviluppo del feto, nè col sesso del medesimo. Facendo la media di 15 femmine e di 15 maschi, si ottiene per le prime una cifra permillesimale di 0,230 e per i secondi di 0,212; la differenza è così piccola, da potersi certo ritenere trascurabile. Altrettanto devesi dire rispetto alla età della madre.

Quanto alla durata complessiva del parto, calcolando a 10 ore la durata media dei parti osservati, si ha un per mille d'urea corrispondente a 0,220 per la durata inferiore a 10 ore, e corrispondente a 0,226 per la durata superiore a questo limite, e ciò prendendo a base i dati di 14 osservazioni per ogni media.

Una differenza notevole si riscontra per il contrario nelle medie, allorchè si tenga conto del periodo espulsivo soltanto. Dodici volte è stato osservato un periodo breve, della durata cioè di 10' a 20'; ed egual numero di volte fu osservato un periodo prolungantesi da 55' a 4 h. 15'. Ebbene, la cifra media dell'urea nel primo caso fu 0,273 p. 1000, nel secondo di 0,180 p. 1000. Corrispondentemente a questo fatto si nota inoltre, che il feto, che nasce da madre primipara, contiene nel proprio sangue minor quantità di urea, che quello, il quale nasce da madre plu-

ripara. Infatti il valore medio dell'urea dei nati da primipara è di 0,199 p. 1000, e dei nati da pluripara di 0,236 p. 1000 (15 osservazioni da ambedue le parti). Ora essendo notorio, che il periodo espulsivo del parto è più lungo nelle primipare, che non nelle pluripare, parrebbe, che infatti la sua durata potesse avere qualche rapporto colla quantità dell'urea contenuta nel sangue fetale, semprechè fosse escluso, che la composizione del sangue materno influenzasse in qualche modo la composizione del sangue fetale.

A determinar meglio la quale cosa noi abbiamo dosata otto volte anche l'urea nel sangue materno, raccogliendolo direttamente dall'utero subito dopo il secondamento con ossalato potassico per impedirne la coagulazione e facilitarne la misurazione. Non essendo usate nella clinica ostetrica le irrigazioni vaginali durante il parto, il sangue poteva essere raccolto propriamente puro. Riassumiamo anche questi risultati in uno specchietto:

Numero	Urea ‰ nel sangue materno	Urea ‰ nel sangue fetale	Durata complessiva del parto in ore	Durata del periodo espulsivo in ore
1	0,500	0,511	7. 40'	15'
2	0,240	0,255	3. 55'	15'
3	0,190	0,259	19. 40'	10'
4	0,295	0,215	13. 55'	30'
5	0,176	0,215	19. —	20'
6	0,375	0,181	8. 10'	30'
7	0,500	0,244	6. 50'	1. 25'
8	0,290	0,244	15. 25'	2. 15'

Queste cifre dimostrano, che molte volte non esiste corrispondenza fra la quantità dell'urea contenuta nel sangue materno e quella contenuta nel sangue fetale, potendosi in quello trovare anche una quantita doppia d'urea in confronto di quest'ultimo (osservazione 6.ª e 7.ª).

Uno squilibrio simile fu inoltre constatato in una cagnetta gravida verso la fine del secondo mese, e che fu qualche tempo fa sacrificata in questo laboratorio. Sotto l'anestesia cloralica fu raccolto del sangue dalla carotide, e aperto rapidamente il ventre, si estrassero i feti dall'utero. Recisi i rispettivi cordoni ombilicali, si riuscì a raccogliere una diecina di cmc. di sangue, dove venne dosata l'urea. Risultò, che nel sangue materno l'urea era contenuta in proporzione di 0,680 p. 1000, ed in quello fetale di 1,142 p. 1000. Ad allontanare il dubbio, che la elevatezza di questa cifra potesse dipendere dal fatto, che qualche poco di liquido amniotico si fosse mescolato al sangue, fu dosata l'urea anche in esso e si trovò, che esisteva nella proporzione di 1,100 p. 1000, cioè meno, che nel sangue fetale.

Possiamo perciò ritenere, come cosa certa, che al momento del parto non vi è corrispondenza per contenuto d'urea fra il sangue materno e quello fetale, e come cosa probabile, basandoci sull'ultimo esperimento, che tale corrispondenza non esista neppure in epoche anteriori. Se la probabilità darà luogo alla certezza, non esisterà più alcun dubbio, che l'organismo fetale produca dell'urea, cosa ancora non da tutti ammessa. Intanto è giustificata l'ipotesi, che esista un rapporto fra la durata del periodo espulsivo del parto e la quantità dell'urea nel sangue fetale, indipendentemente dal contenuto d'urea del sangne materno.

In che cosa poi consista questo rapporto, non è ora certo il momento di determinare. Cifra elevata d'urea nel sangue fetale e durata breve del periodo espulsivo in massima si corrispondono: come si corrispondono da altra parte cifra elevata di urea nel sangue materno e brevità del parto considerato nella sua complessiva durata. Infatti quantunque il novero delle nostre osservazioni in questo ultimo senso sia piuttosto esiguo, vi si nota una coincidenza: nelle quattro osservazioni, in cui il parto durò meno di 10 ore, si ebbe per l'urea una media di 0,404 p. 1000, e di 0,238 p. 1000 invece, quando il parto durò oltre 10 ore. Ma questi fatti si prestano ad essere interpretati in parecchie maniere, senza che alcuna sia per ora soddisfacente, perchè troppo poco si conosce ancora sulla genesi e sugli uffici dell'urea.

Se la si vuol considerare come un prodotto catabolico, che null'altro attende se non d'essere eliminato, si potrebbe pensare, che la lunghezza del parto ne favorisse la eliminazione del sangue: quantunque, almeno

in parte e solo per il feto, a ciò si oppongano i risultati delle indagini del Dohrn (1), il quale ha trovato tanta minor copia di urina nel neonato, quanto più lunga era stata la durata del parto.

Se si volesse mettere in relazione la validità e rapidità delle contrazioni uterine colla quantità dell'urea esistente nel sangue materno e fetale, mancherebbero prove sperimentali, su cui basare una non azzardata spiegazione, perchè si dovrebbe ammettere un' azione dell' urea sulla fibra muscolare uterina, che non è stata per anco dimostrata. Tuttavia è bene a questo proposito ricordare, che le ricerche di A. Cavazzani, di G. Rebustello e del Chiaruttini (« Lavori del laboratorio di fisiologia di Padova, » vol. I e vol. II) e di altri fanno credere, che direttamente o coll'intermezzo del sistema nervoso l'urea abbia un'azione particolare sopra alcune fibre muscolari, ad es. quelle delle pareti vasali e del miocardio.

Ma, ripetiamo, sarebbe tentativo prematuro emettere qualunque ipotesi. Ciò anche per il seguente motivo: la media dell' urea nel sangue del feto è stata maggiore nel secondo periodo delle nostre ricerche, che nel primo. Infatti in 16 osservazioni, compiute dal Gennaio alla fine di Marzo, l'urea presenta una media di 0,157 p. 1000; in un egual numero di osservazioni, compiute dall'Aprile in avanti essa ha una media di 0,274 p. 1000. Ancora, nei neonati di sarte e cameriere, la cui condizione economica è forse migliore, che quella delle domestiche e delle contadine, l'urea del sangue ha presentata una media di 0,272 p. 1000, e di 0,242 p. 1000 nei neonati di queste ultime. Ecco qui un altro dubbio a dissipare, se cioè la stagione e le condizioni di nutrizione ed igieniche, possano influire sulle quantità d'urea nella madre e nel nascituro.

Solo quando le diverse questioni che abbiamo poste, non esisteranno più, solo allora si conoscerà questo rapporto fra urea e durata complessiva del parto, o del periodo espulsivo, e sarà determinato, se esso è una casualità, ovvero la espressione di una legge fisiologica.

In queste ricerche, alle quali verrà forse mossa la critica di aver contribuito a sollevar nuovi problemi più che a sciogliere, è stata in-

---

(1) Dohrn. « Fötusharn. » *Monatschr. f. Geburtskunde,* 1867, citato dal Preyer, « Specielle Physiologie des Embryo. » Leipzig, 1883.

tanto assicurata una cosa interessante, cioè la non corrispondenza delle percentuali d'urea nel sangue materno e fetale, la quale ha analogia di significato colla diversità di contenuto del glucosio, che uno di noi (1) ha trovato essere più abbondante nel sangue materno, che in quello fetale. Questi fatti, ci pare, concordano nel dimostrare, che perfino i componenti normali del sangue, eminentemente solubili e che dializzano con facilità, non passano dalla madre al feto e viceversa in base a semplici leggi osmotiche, ma che nel loro passaggio interviene l'attività degli elementi, che separano gli spazii sanguigni della placenta materna dalle origini dei vasi fetali. Di questa attività elettiva un'altra prova sta in ciò, che dal Cavazzani stesso (2) è stato dimostrato, che mentre il sangue fetale e del neonato è privo o quasi di emodiastasi, il sangue della madre conserva ancora un discreto potere saccarificante. L'emodiastasi adunque, che, come un fermento solubile, dovrebbe avere accesso per lo meno al pari di altre albumine all'organismo fetale, ne resta esclusa.

Riannodando i quali risultati colla questione, se la placenta rappresenti un organo di protezione della madre verso il feto e viceversa, noi crediamo si possa rispondere: sì, assai probabilmente essa lo rappresenta.

Padova, nel Luglio del 1894.

---

(1) E. Cavazzani. « Sul meccanismo della produzione del glucosio nell'organismo. » *Annali italiani di Chimica e Farmacologia,* 1894 (di pross. pubblic.)

(2) E. Cavazzani. Memoria sopra citata.

GUARDIA OSTETRICA PERMANENTE DI GENOVA

ALTRI DUE CASI DI ECLAMPSIA IN GESTAZIONE

TRATTATI COL PARTO FORZATO METODO BOSSI

dopo esauriti gli altri mezzi

PEL

Dott. GUGLIELMO DE-PAOLI

La letteratura medica dell'eclampsia è molto ricca di osservazioni; io non intendo di far la storia degli studi fatti, nè parlar della patogenesi, solo voglio esporre due storie cliniche fra le altre più esplicative al riguardo, raccolte nell'esercizio della Guardia Ostetrica, e che possono riuscire di qualche pratica utilità onde orizzontarsi nel dibattito ognora esistente sull'intervento utile in tali complicanze. Se havvi malattia che in alcuni casi, dopo esperiti gli altri mezzi (1), sembri positivamente indicare lo svuotamento dell'utero, questa è per certo la eclampsia.

Essa non solo mette a repentaglio la vita del feto, ma anche della madre, è quindi urgente e provvido consiglio lo svuotamento dell'utero se vani furono gli altri tentativi dell'arte, dappoichè è provato dall'esperienza, che, fuori uscito il feto, gli accessi eclampsici vanno cessando.

Il prof. Tibone in una memoria sul parto forzato, nel capitolo che parla dell'eclampsia dice: « dichiaratasi l'eclampsia nella donna in corso di gestazione, se l'utero mantiensi in riposo fra le agitazioni, che assal-

(1) Arrestare gli eccessi eclampsici e (quando si associa) l'albuminuria con tutti i mezzi che la terapeutica suggerisce (oppiacei, cloralio, cloroformio, salasso, dieta lattea, enteroclismi, ipodermoclisi, con soluzione fisiologica di cloruro sodico, ecc.) e riuscendo vani questi, trovandosi in pericolo di vita il feto e la madre, intervenire col parto forzato usando del dilatatore meccanico, è condotta suggerita e sempre seguita dal nostro maestro prof. Bossi e quindi dalla Guardia Ostetrica.

gono i muscoli della vita animale, quantunque ben conosca che la causa dell'eclampside non sta nell' utero, credo tuttavia sapiente consiglio il risvegliare la contrazione uterina col metodo Krause.

« Quando il coma dura da un accesso all'altro, la donna non riacquista mai la intelligenza, la respirazione fassi stertorosa, e continua la risoluzione muscolare; oltre ai revulsivi, evacuanti, la deplezione dell'utero, togliendo l'ostacolo al circolo delle estremità inferiori, e lasciando maggiore libertà alla funzione respiratoria, sarà giovevolissima, ed atta a risolvere il minacciante coma. » Raccomanda di abbreviare la durata del travaglio.

Ciò premesso credo che il dilatatore meccanico Bossi, nei casi di eclampsia sia di vantaggio indiscutibile:

1.° perchè possiamo avere la dilatazione sia rapidamente, sia lentamente;

2.° perchè mezzo più sicuro di quello del Krause, del Tarnier, del Barnes, ecc.

3.° perchè non offre i pericoli e gli inconvenienti delle incisioni multiple del collo.

Storia prima.

Quartipara — 8.° mese di gravidanza — Eclampsia — Utero non dilatato — Vani tutti i mezzi terapeutici esperiti — Madre e feto in pericolo grave di vita — Applicazione del dilatatore Bossi — Estrazione manuale — Feto vivo — Guarigione. (Operatore dott. E. Maggiani e dott. Merlini di Quarto al Mare).

Al N.° 572 del registro della Guardia Ostetrica, risulta che il 17 settembre alle 4 ant. venne chiamato il dott. Ernesto Maggiani per una gravida a Quarto al Mare (riviera di levante). Giunto dall' ammalata, il dott. curante sig. Merlini narrò essere la gestante gravida all'8.° mese, che cominciò ad accusare intensa cefalea e che fu chiamato quando era in preda ad accessi eclampsici. Messo in pratica i mezzi suggeriti dall'arte, rivulsivi, calmanti, evacuanti, oppiacei, cloroformio, visto che gli eccessi si succedevano con rapidità ed insistenza, e che l' utero non accennava a contrarsi, ricorse alla Guardia Ostetrica.

Avendo convenuto il dott. Maggiani nella diagnosi: di gravidanza 8.° mese complicata da eclampsia; previa tutte le cautele antisettiche, applicò il dilatatore Bossi. Il collo dell'utero non era dilatato, il sacco

era integro; in meno di un ora, ebbe sufficiente dilatazione, da fare l'estrazione del feto presentandosi per i piedi, secondò normalmente, non si ebbe emorragia. Disinfettò nuovamente l'utero e la vagina, prescrisse dell'iniezioni di caffeina come diuretico. — Dopo il parto ebbe ancora due eccessi, ma più leggeri; procedette un puerperio apirettico e la donna guarì perfettamente.

Storia seconda.

Primipara — Gravidanza 8.° mese — Eclampsia — Vani gli altri tentativi fatti per tre giorni di seguito — Applicazione del dilatatore Bossi — Collo non dilatato — Estrazione manuale del feto — Guarigione.

N. N. d'anni 22, contadina, nulla d'anamnestico, a sei mesi di gravidanza ebbe una leggera infezione tifoide. All'8.° mese fu colta da cefalea, capogiri, malessere generale e da diminuita diuresi, sicchè l'inferma si decise a chiamare il dott. Emilio Barco, medico condotto a Voltaggio, il 9 gennaio 1894. Egli constatò il fondo dell'utero nella seconda zona sopra ombelicale, presentazione cefalica, battiti cardiaci fetali nel quadrante inferiore di sinistra. Colla esplorazione trovò grandi e piccole labbra edematose, vescica vuota, retto, intestino vuoto, collo dell'utero rammollito, orifizio esterno chiuso, presentazione di vertice mobile allo stretto superiore. Trovò il dott. Barco anasarca ed anuria; ipertrofia del ventricolo sinistro, toni puri, forti, polso pieno e teso. L'immediato esame dell'urina rilevò la presenza di enorme quantità di albumina (50 0[0). Prescrisse riposo e dieta lattea.

Il giorno 10 gennaio comparse un primo accesso eclampsico. Alla sera ebbe altro accesso. I dottori Enrico Gallo e L. Rivara, in unione al dottore della cura, furono d'accordo nella diagnosi e nella necessità della provocazione del parto, dopo esperiti invano tutti gli altri mezzi.

Si ripeterono varii accessi. Applicarono dei coni di laminaria e non si ottenne risultato di sorta. Il dott. Barco ricorse al metodo Krause-Tibone. La candeletta sta in cavità uterina per più di 24 ore senza che l'inferma accusi alcun dolore. Incalzavano nuovi accessi: si fanno doccie calde e bagni generali. Ricorre allora alla puntura del sacco. Siamo al 13 gennaio e l'inferma è in preda a più gravi accessi eclampsici. Il dott. Barco sconfortato e risoluto a mezzi più energici, mi avvisa del grave caso ch'egli ha in cura.

Alle ore 17 arrivo a Voltaggio con la busta ostetrica ed il dilatore Bossi. — Trovai la donna in uno stato gravissimo: accessi che si succedevano ad accessi, anasarca, polso 130, resp. 40 per m. p.; stertorosa;

esplorata la donna trovai il collo dell'utero rammollito non dilatato nè dilatabile, chiuso. Previa accuratissima disinfezione applico il dilatatore Bossi. Dopo 30 minuti feci sentire ai colleghi col dito esploratore una dilatazione di sei cent. circa e la testa che si palpava benissimo.

Forti contrazioni uterine comparvero appena introdotto l'istrumento nel canale cervicale, che constatarono i colleghi con una mano sull'addome.

Dopo 3[4 d'ora dell'applicazione dello strumento, eseguisco il rivolgimento, secondamento normale. In poco più di un' ora l' ammalata fu liberata.

Praticata un accurato zaffo in vagina e due iniezioni di ergotina Ivon, prescrissi un po' di caffeina (gr. 2 su gr. 150 d'acque aromatiche).

Svuotato l'utero l'ammalata aveva 100 polsi ed era tranquilla. Non comparvero più accessi, procedette un puerperio normale, l'orina andò di giorno in giorno aumentando e l'albumina scomparve.

Anzi di questi giorni l'ottimo mio amico e collega dott. Barco mi scriveva che la nostra ammalata sta assai bene.

Come si vede, nella prima storia il dott. Maggiani, giunto presso la paziente quando il medico curante già aveva messo in atto tutti i mezzi possibili senza riuscise ad arrestare gli accessi eclampsici, potè in meno di un' ora liberare la donna salvando essa ed il figlio, e non ebbe a lagnarsi d'alcun inconveniente.

Nella seconda storia il collega dott. Barco con altri due sanitarii, avea messo in opera i metodi descritti dai migliori autori, eppure al mio arrivo a Voltaggio il grave stato della paziente era immutato, e se non si avesse avuto il dilatatore Bossi quella giovane donna non sarebbe certo più viva. Per ora altri commenti sarebbero inutili.

Genova, 30 aprile 1894.

CLINICA OSTETRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA

Prof. GIUSEPPE CHIARLEONI

DUPLICITÀ GENITALE ESTERNA E MANCANZA DI ANO

in bambina di 33 mesi

Un caso teratologicamente importante e forse unico del genere mi porge argomento a questa breve nota:

Poche settimane addietro mi veniva presentata una bambina di nome Santa Giuffrida, figlia di Salvatore e di Agata Genesi, di mesi 33 e dell'altezza di cent. 75, bene proporzionata nei diversi segmenti del corpo, presenta masse muscolari dagli arti inferiori poco sviluppate, per cui su di essi, a volta a volta, è poco sicura. La bambina avrebbe incominciato a camminare appena all'età di 30 mesi.

Ha figura intelligente e tratti regolari, completa la prima dentizione e regolare.

Mammelle ben conformate, tronco diritto e regolare; normali gli organi toracici e addominali.

Organi della sfera genitale. — Regione pubica asimmetrica; fra solco genito-crurale destro e il mezzo della sinfisi pubica, la distanza è di tre centimetri, mentre a sinistra è di tre e mezzo. Essa poi è come divisa in tre porzioni, due laterali date da una rilevatura cutanea che rappresenta le grandi labbra; e una porzione mediana, segnata quasi ad x, appiattita, alquanto depressa e superiormente dell'ampiezza di 12 mm.; la quale dopo avere rivestito la sinfisi pubica, discende in basso a ricoprire una porzione di tessuti appartenente alla natica sinistra, e che sta a formare un tratto divisorio tra *due apparati vulvari.* L'apparato vulvare destro decorre nell'asse del solco genito-ano-coccigeo; mentre l'apparato vulvare sinistro è disposto obbliquamente dall'interno all'esterno, dall'avanti all'indietro, e che si continua in un solco, lungo appena pochi centimetri, confondendosi poi colla rotondità della natica.

La vulva sinistra è contornata superiormente, per breve tratto, dal gran labbro esterno o sinistro ed è priva del gran labbro destro. Le piccole labbra, di conformazione regolare, formano anteriormente il cappuccio e il frenulo clitorideo, da cui sporge il glande della clitoride.

Le ninfe terminano, la esterna a metà circa la apertura vestibolare, e la interna o destra circoscrive in totalità l'apertura vestibolare stessa, contribuendo alla formazione della forchetta.

Divaricate le ninfe, si scopre il vestibolo profondo oltre un centimetro, chiuso parzialmente in addietro da una ripiega che vorrebbe simulare un tratto d'imene: tra forchetta e questa ripiegatura si designa distintamente la fossetta navicolare.

Al disotto del frenulo della clitoride, il vestibolo s'affonda fino a incontrare una piccola apertura circolare, dalla quale involontariamente escono le feci e, sotto l'impero della volontà, le urine.

Nessuna traccia visibile di vagina o di apertura uretrale.

La vulva di destra è contornata allo esterno dal gran labbro che manca verso l'interno, o regione divisoria delle due vulve.

Sono appariscenti e ben conformate le ninfe col loro cappuccio e frenulo, nonchè la clitoride.

Il vestibolo è assai profondo e si termina in un'apertura elittica, sulla cui linea mediana fluttua un corpicciolo a linguetta che non si riesce a esattamente definire. Da questa apertura, si ha pur anco involontaria emissione di feci, e le urine a volta a volta emesse, vengono projettate contro la parete interna vestibolare.

Nel solco genito-anale nessuna traccia di ciò che dovrebbe indicare il punto dove dovrebbe corrispondere l'ano. Altrettanto vuolsi notare per il solco che continua in addietro la vulva di sinistra.

A tutto rigore si dovrebbe ricordare che 2 cent. dalle commettiture vulvari posteriori, esistono tracce di cicatrici lineare a destra, raggiata a sinistra.

Si seppe, però, che queste cicatrici sono posteriori alla nascita e tennero dietro a tentativi falliti di formazione di un'apertura anale, fatti da un chirurgo.

E poichè cadde in acconcio di accennare a cotesto precedente, vogliamo aggiungere che la bambina nacque con ano imperforato e che solo dopo due o tre giorni dalla nascita, dietro pratiche esplorative instituite attraverso le aperture vulvari, la bimba potè scaricarsi per le medesime, del meconio.

Si vorrebbe, inoltre, far credere che, per più mesi, la bimba poteva a volontà trattenere le feci, mentre soltanto da poco più di un anno, queste sarebbero perdute involontariamente.

Usando di due sonde riesce facile portarne le loro estremità a con-

tatto e si ritirono dalla vulva imbrattate di feci; indicando con ciò che l'ampolla rettale ampiamente si apre nell'una e l'altra vulva.

Rasentando con una sonda il margine interno vestibolare della vulva sinistra, si viene con una tal quale facilità a penetrare in vescica, ciò che è reso evidente dall' urina che scola dalla scanalatura della sonda medesima. Ma per quanti prudenti tentativi si siano fatti per la vulva destra, non fu possibile penetrare nel canale uretrale.

In ragione della estrema piccolezza delle aperture che diremo vestibolo-rettali, non si credette nemmeno opportuno di tentare un esame digitale, fosse pure praticato col mignolo

Rimaniamo così completamente all'oscuro circa la presenza, o non, di vagine e, a fortiori, di utero, trombe e ovaia.

E, per terminare, aggiungeremo che la sinfisi del pube c' è sembrata considerevolmente appianata, e le branche ischio-pubiche si poterono seguire, nella loro direzione, l'una e l'altra allo esterno delle due vulve.

La punta del coccige si riscontra, in addietro, lungo il solco genito-anale di destra.

A questa esatta e minuziosa descrizione vogliamo fare una qualche breve considerazione.

Gli autori classici, parlando della cattiva conformazione degli organi genitali mugliebri esterni, partono tutti dal principio fondamentale che esse provengono da alterazioni formative del tubercolo e della ripiega genitale. Tutti concordemente parlano della unicità di questi elementi primordiali. Orbene, il nostro caso sta a dimostrare irrefutabilmente che il tubercolo genitale può offrirsi doppio.

Non fosse adunque che per quest' unico riflesso, il caso era degno di essere portato a cognizione degli studiosi di teratologia.

Ma a noi pare che esso possa prestarsi, del pari, alla considerazione della possibilità che nella vita embrionale venga a mancare o, almeno, a stabilirsi incompletamente quello sperone verticale che, insinuandosi dall'alto al basso fra cloaca in addietro e allantoide in avanti, discende giù giù a formare il corpo perineale, dividendo così il seno uro-genitale dall' ano.

A questa interpretazione pare a noi che presti valore il fatto, constatato subito dopo la nascita, della imperforazione dell' ano; e l' altro fatto tuttora esistente della mancanza di un canale rettale qualsiasi, rintracciabile nella profondità dei due vestiboli vulvari.

È se questo nostro giudizio ha una tal quale ragione di essere, parrebbe doversene inferire che anche i canali vaginali sono, nel caso riferito, mancanti.

Sarà altrettanto per l'utero e le trombe? Niente, per ora, ci autorizza a dirlo.

Infine, per concludere, riaffermeremo che il caso è importante, perciocchè viene a dimostrare la possibilità della primordiale formazione di due tubercoli genitali sul corpo di un individuo le cui altre caratteristiche tutte stanno a dinotare uno sviluppo a tipo unico.

MATERNITÀ NELL' OSPEDALE MAGGIORE DI VERCELLI

Vagina doppia e duplice orifizio uterino esterno

PEL

Dott. GIUSEPPE RAINERI

Docente alla R. Università di Torino
e Ostetrico primario nella Maternità di Vercelli.

Il 16 febbraio dell'anno corrente entrava alla Maternità di Vercelli una primipara di 33 anni, legittima, destinata al n. 32 di letto, col numero 221 d'ingresso: essa era gravida nel corso del nono mese, presentava emoraggia.

Precedenti. — Nessuna malattia pregressa: mestruata regolarmente a 16 anni, pagò regolarmente poscia i susseguenti tributi mensili. Passò a marito a 20 anni: riferisce come già nelle prime coabitazioni il marito avesse avvertito un ostacolo alla introduzione del pene, ostacolo che avvertì sempre anche di poi. Simile particolarità però ci venne fornita solo dopo i reperti avuti nell'atto del parto.

Stato presente. — Rimase incinta per la prima volta dopo 13 anni dall' avvenuto matrimonio. L' ultima mestruazione era apparsa ai 3 di giugno 1893: incerta l'epoca della comparsa dei moti attivi. La gravidanza, accidentata dai soliti disturbi in principio, verso la metà di gennaio — dietro un lungo viaggio compiuto dalla donna in ferrovia — si complicò ad emorragia. La perdita sanguigna, scarsa in principio, cedette ai comuni trattamenti; si ripetè in seguito parecchie volte e più abbondante, finchè il 16 febbraio 1894 cercava ricovero in Maternità. Condizioni generali discrete: albumina nelle orine. Al momento dell'ingresso però la perdita non era molto copiosa.

Al primo riscontro vaginale si rileva: vagina lunga e stretta, collo rammollato in parte, lungo 2 cent.; orifizio che permette appena l'introduzione dell' apice del dito, segmento inferiore poco espanso, ma poco spesso, testa spostabile, alta; feto vivo, contrazioni rare. Questo esame era praticato alle 6 antimeridiane.

Più tardi l'emorragia si fa più imponente. Mediante tamponamento si riduce però a un semplice stillicidio. Poi aumentano le doglie e con queste cresce la perdita; si leva lo zaffo (ore 3 del pomeriggio), ed esplorando, si costata: un ampio setto che divide in senso verticale la vagina in due; il setto è molto cedevole e facilmente addossabile all'una o all'altra parete vaginale; cominciando dal tubercolo anteriore in forma di C aperto all'innanzi si inserisce posteriormente alla colonna vaginale posteriore; occupa tutta la lunghezza della vagina ed in alto si attacca sui fondi ciechi del canale vaginale anteriore e posteriore, libero passando al davanti del muso di tinca: è più spesso verso il mezzo che nel resto; nel mezzo lo spessore raggiunge alcuni millimetri: la lunghezza totale è di parecchi centimetri: nello stato naturale dei genitali esterni si vede solo l'attacco al tubercolo vaginale anteriore. L'orifizio esterno uterino è diviso in due: entrambe le aperture presentano la dilatazione di 2 cent. circa: le aperture sono unite da un breve e spesso ponte di tessuto: al disopra comunicano col canale cervicale. Attraverso l'orifizio di sinistra in addietro e in alto si sente un lembo placentare ed un'ansa di cordone pulsante; la testa è più bassa e meno mobile.

L'esame è seguito anche dalla levatrice maestra sig.ª Reda.

Si recide fra due legature il setto vaginale in alto e in basso, asportandolo poscia; con una forbice lunga si rompe l'unione dei due orifizii uterini esterni, la dilatazione procede rapida; si rompono le membrane, la testa si abbassa, al davanti di questa si avvanza una lunga ansa di cordone. L'emoraggia si era arrestata colla rottura del sacco e la progressione della parte presentata.

Col forcipe si estrae un feto-femmina, asfittico di 3.° grado, che venne subito rianimato.

Secondamente naturale. Puerperio fisiologico.

Esame istologico del pezzo di setto asportato. — Le indagini sul tratto di setto asportato ebbero il controllo del chiarissimo prof. Giacomini di Torino, che qui ringrazio anche per aver posto a mia disposizione il suo laboratorio.

L'epitelio pavimentoso stratificato della mucosa sulle due faccie è conservato solo negli strati profondi; superficialmente è andato distrutto forse sotto l'azione degli antisettici usati nell'atto del parto: il corpo della mucosa è di spessore normale, con connettivo ben evidente e fibre elastiche a strati nel senso lungitudinale: la vascolarizzazione è molto accentuata; i vasi numerosi abbondano specie nel tessuto sotto-mucoso. Mancano le papille nervose, che non si è potuto mettere in alcun modo in evidenza: si notano numerose introflessioni mucose sotto forma di prolungamenti irregolari, che si spingono fin nel connettivo sotto-mucoso, senza significato ghiandolare, rivestito da epitelio pavimentoso.

Nello strato muscolare: la direzione delle fibro-cellule non è ben distinta e separabile: se ne notano in fasci stipati prevalentemente in senso longitudinale, separati da traccie di connettivo e dai vasi; meno numerose sono le fibre circolari che incrocciano le prime sotto angoli differenti, in modo da prendere un aspetto plessiforme molto pronunciato; i vasi numerosi e di ampio calibro.

Si ebbe dunque a fare, salvo leggiere modificazioni, con un comune tessuto vaginale vero e proprio. L'abnorme vascolarizzazione è forse riferibile allo stato di gravidanza.

***

Tornano ora convenienti poche considerazioni sulla frequenza della alterazione nella quale ci siamo imbattuti, sulla *diagnosi,* sulla *influenza* che può esercitare nella funzione della *fecondazione,* sull'*andamento* della gravidanza e del parto.

In una memoria di Guzzoni (1) è detto che le anomalie dell'utero e della vagina sono frequentissime e svariate: si possono infatti incontrare vagine doppie con uteri semplici, vagine semplici con uteri doppii, vagine doppie con uteri doppii. I casi di tal genere nella letteratura ostetrica sono molti: parecchi sono riportati in Kusmaul, Lefert, Cassan, Schroeder, ecc. Colle anomalie della vagina e dell'utero si accompagnano talora anche anomalie dell'imene e la concomitanza di due imene, per esempio, con vagina doppia, come nel caso non ben chiaro di Ambrosoli (2) e in quello che pare più accertato di Guzzoni, avvalorerebbe l'opinione sostenuta da alcuni (Kölliker, Budin, Breisky, ecc.) dell'origine vaginale dell'imene in dipendenza di una comune derivazione dai condotti di Müller. Nel nostro caso si ebbero le traccie di un solo imene.

I casi di vagina doppia, in confronto delle altre alterazioni accennate, sembrano ancora più frequenti; non è certo però si possa parlare sempre di vagina *completamente* doppia. Guzzoni pensa che nel caso da lui pubblicato si trattasse probabilmente di vagina doppia in origine; la quale si fosse rotta poi in alto per piccolissimo tratto in seguito al

---

(1) Guzzoni degli Ancarani. « Vagina doppia ed utero unicorne. » *Riv. Clinica,* dicembre 1886.
(2) Citato in Guzzoni.

parto. Nella nostra donna si potrebbe pure supporre che per la scomparsa del collo avessero potuto lacerarsi gli attacchi del setto sulla matrice; siamo però per nulla propensi ad accettare tale ipotesi, ripensando alla grande cedevolezza del setto stesso; e crediamo trovarci nel vero se reputammo la vagina non del tutto doppia.

Per rispetto all'anomalia vaginale nulla, rispettivamente agli altri, il nostro caso ha di speciale.

Nella letteratura si trovano invece due sole memorie intorno all'altra alterazione, insieme alla vagina doppia del *duplice orifizio uterino esterno*. Giovanni Battista Mazzoni (1), narra la storia di una primipara alquanto avanzata in età che aveva da un setto membranoso, divisa in due la vagina e l'orifizio esterno dell'utero. Il setto si lacerò durante il parto, e i residui si ritirarono e si cicatrizzarono lasciando una sola vagina ed un solo orifizio. Oltre questo caso che non si mostra ben chiaro, mancando, secondo Corradi (2), notizie intorno allo stato del resto dell'utero, abbiamo quello di Corazza (3) di una giovane diciasettenne con vagina doppia, utero unico, duplice orifizio uterino, canal cervicale semplice.

Si è visto a proposito della *diagnosi* dell'anomalia, come nelle prime esplorazioni, fatte anche da persone diverse, e nonostante lo zaffo, nulla di speciale sia capitato sotto la nostra osservazione; ebbene in ciò, nulla di strano. È rimasto classico il caso occorso a Francesco Antonio Mai e a Fischer; trovandosi assieme ad esaminare una primipara di 20 anni l'uno diceva che l'orifizio uterino era aperto, l'altro che era completamente chiuso. Ci fu una vera diatriba, e la contesa, che minacciava di farsi seria, finì solo quando un diligente esame mise in chiaro che vi erano due vagine; la donna sarebbe morta nella Maternità di Mannheim, e il pezzo, secondo Tiedman, si conserva nel Museo di Heildelberg. Ricordo il caso, riferito da Guzzoni (4), della clinica di Pavia, di una pri-

---

(1) Mazzoni. « Ostretricia aspettante. » Firenze, 1833, pag. 21 in Corradi « Storia dell'Ostetr., ecc. » Vol. I, pag. 524.

(2) Corradi, cit., pag. 524.

(3) Corazza. « Di una singolarissima anomalia congenita negli organi genitali femminei. » *Rivista clinica di Bologna*, marzo 1870, N. 31.

(4) Guzzoni, lav. cit.

mipara che partorì il 13 febbraio 1886, presentando un setto vaginale che non era stato punto avvertito durante le esplorazioni fatte da medici e levatrici. Da ciò si comprende come sia sempre vera l' affermazione di Schroeder, secondo il quale, è assai facile lo scambio di una vagina doppia per una semplice; esplorando, il setto si addossa all'una o all'altra parete, e in realtà si può essere tratti in inganno; è per mera accidentalità che è possibile talora la vera diagnosi. Ciò viene forse anche a spiegare la relativa rarità dell' accidente.

In alcuni altri casi le donne stesse ebbero conoscenza della anomalia della quale erano fornite: così due prostitute riservavano completamente agli amanti una metà della vagina doppia (Boys de Louri e Richet): una cosa consimile aveva registrato il prof. Cuzzi a Torino (Guzzoni, mem. cit.).

Un setto vaginale ampio egli è certo deva ancora esercitare una influenza sulla fecondazione, impedendola o ritardandola, incapucciandosi talora nei rapporti sessuali al disopra del pene, chiudendo così il fondo della vagina al passaggio dello sperma. Questa considerazione ostetrico-legale ha la sua importanza nelle cause di produzione della *sterilità.* Nel nostro caso infatti non ripugna ammettere che la concezione, avvenuta solo 13 anni dopo il matrimonio, avesse potuto ripetere il ritardo dall' impedimento materiale nell' introduzione della verga, dal marito stesso della donna avvertito.

Non crediamo invece abbia il setto esercitato o possa esercitare influenza qualsiasi sull'andamento della gravidanza: l' interruzione avvenuta nella storia descritta è a riferirsi con tutta probabilità alla placenta previa; ho già notato altrove (1), sull'appoggio di numerose statistiche, *come la gravidanza, nei casi di placenta previa, si interrompa generalmente a partire dal settimo mese e specialmente durante l'ottavo e il cominciamento del nono.*

Vario è il processo del *parto* a seconda dei casi; alcune volte l'ostacolo potè essere facilmente e felicemente superato; altre volte invece il setto venne reciso. L' impedimento sarà maggiore quanto più resistente

---

(1) Raineri. « Metrorragie da placenta previa. » Tesi di libera docenza, 1893. Estr. dagli *Annali d'ostetricia,* n. 2, 3, 4, 5, pag. 55.

e spesso sarà il setto: niun dubbio che a contrazioni energiche e forti per vincero le resistenze, dalla nuova distocia create, possa di poi tener dietro inerzia, e che possano simultaneamente venire in scena fenomeni di sofferenze fetali.

La presenza di un ponte di tessuto all'orifizio esterno così posto da renderlo doppio come nel nostro caso, impedisce assolutamente la dilatazione: un ponte sottile e poco resistente potrebbe invece naturalmento rompersi.

L'andamento del parto, in conclusione, avrà esiti diversi a seconda delle peculiari condizioni di ciascun caso.

Nuovo metodo per la misurazione del diametro trasverso del bacino

PEL

Dott. VALENTINO BAZZANELLA

già Assistente alla Clinica ostetrica dell' Università d' Innsbruck.

COMUNICAZ. ALL'XI CONGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE IN ROMA (1894)

« Senza dubbio il bacino è soltanto uno dei fattori che vanno presi in considerazione nell' atto del parto; la sua importanza però non viene superata da alcun altro; e chi può riconoscere di non aver tralasciato nulla per la conoscenza esatta di questo fattore, s' accorgerà ben presto qual gran guadagno ha fatto per la sicurezza della sua terapia. »

R. DORN. *Ueber Beckenmessung.*

Rispettabilissimi Signori! Dappoichè mi si concede l'onore di prendere la parola al cospetto di questa illustre Assemblea e di tenerla occupata, pel breve spazio concesso, sopra un lavoro che potrà riuscire d' interesse per la clinica, per lo specialista della nostra materia, come anche pel medico pratico, entrando addirittura nell' argomentazione, esprimo anticipatamente la mia gratitudine per la vostra cortesia di ascoltarmi.

Voi m' accorderete a ragione che se la scelta d' un atto operativo nel campo ostetrico dipende da più fattori, di cui il bacino tiene il posto primario, ne risulta la doppia necessità e di conoscere l'esistenza d'un restringimento pelvico e di precisarne altresì il grado (1).

Alla congettura d' una simile eventuale esistenza siamo spinti, senza dubbio, dall' interrogatorio di malattie pregresse od esistenti, sul decorso di parti precedenti, ecc., e dall' ispezione generale del corpo e

(1) LITZMANN: « Ueber die Erkenntniss des engen Becken. » *Samml. Klin-Vort.*, N. 20.

parziale. Ci viene poi ancora affrancata dalla misurazione pelvica esterna, generalmente in uso, per quantunque questa resti sempre empirica, nè valga mai all'esatta classificazione d'un restringimento.

Ecco pertanto il bisogno d'introdurre nel campo della pelvimetria metodi tali che ci conducano allo scopo divisato. I lavori che si diffusero sopra argomento siffatto sono moltissimi (1), senonchè la più parte ebbe di mira la misurazione della cogniugata vera, quale diametro di prima importanza; laddove le indagini dell'ostetrico non devono confinarsi nella determinazione del diametro retto, ma avanzarsi più oltre ed occuparsi di quello che vanta la precedenza sopra ogni altro dopo la cogniugata vera.

E ben si appose Löhlein (2) affermando che la misurazione del diametro trasverso presentò in qualunque tempo le più gravi difficoltà, mentre la sua trascuranza può trascinare a spiacevoli conseguenze.

Se n'avvidero benissimo altri medici, che si misero all'opera. Uno dei primi fu Wellenbergh (3), il quale ci presentò un metodo pratico per la determinazione del diametro trasverso e dopo di lui van Huevel (4), Freund (5), Löhlein (6), e molti altri, di cui ultimi Küstner (7) e Skutsch (8), i quali tutti s'industriarono a inventare, o modificare o semplificare metodi preesistenti, per tradurli in pratica utilità.

Non è qui mio compito il passare a rassegna i lavori suaccennati, per dettarne una critica, perchè non entra nella sfera della mia disquisizione: potrò solo accennare che il pelvimetro accreditato oggidì pel più pratico, la cui mercè s'impresero varie esperimentazioni che si resero di pubblica ragione, è quello di Skutsch. Tuttavolta rileviamo, secondo Schauta (9), che le differenze, nella ripetizione molteplice delle misurazioni sulla stessa donna, vanno oscillando da 0-10 mm.

---

(1) *Archiv für Gyn.*, B. XVII.

(2) *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, B. XI.

(3) MUELLER. « Handbuch der Geb. »

(4) Idem.

(5) Idem.

(6) Idem.

(7) *Archiv f. Gyn.* B., XVII, XX.

(8) SKUTSCH. « Die praktische Verwendung der Beckenmessung, » 1891.

(9) MUELLER. Op. cit.

Landerer (1), trovando pure simili differenze e pensando che la causa di consimile divario proceda dalla malagevolezza di poter tenere immobilmente ferma la donna nel momento di attuare l'esplorazione, consiglia un apposito tavolo ginecologico, in forza del quale ottenne realmente successi migliori.

Ma tale un apparecchio resterebbe, si può dire, un privilegio delle cliniche, mentre sarebbe sommamente lodevole e desiderabile che il mezzo fosse anche alla mano del medico pratico.

Per soddisfare simile esigenza, stando le cose nei termini sovraesposti a riguardo del diametro trasverso, venni nel seguente riflesso: qualora si potesse riescire a trasportare esternamente sopra una sbarra in modo semplice e pratico i due punti terminali del diametro in discorso, sarebbero sormontate le difficoltà appuntate ragionevolmente da Landerer e riscontrata comodamente la lunghezza del diametro, misurandone la distanza che passa tra i punti mentovati.

* * *

Vinti certi ostacoli, realizzai il progetto, ideando, onorevolissimi signori, il pelvimetro che insieme al modo d'applicazione ed ai risultati da me avuti, mi compiaccio offrire alla vostra considerazione.

L'istrumento si compone di due parti e precisamente d'un braccio fisso e d'una sbarra, delle quali terrò parola.

La branca metallica fissa, che lievemente s'incurva e diventa piatta sul dorso, va a finire superiormente in foggia di bottone, mentre nella parte inferiore presenta in due indici, che scorrono a vicenda parallelli.

Tra questi sta un settore di cerchio a lungo raggio, il quale può girarsi in un piano perpendicolare a quello collocato fra gli indici, perchè sorretto da un prisma triangolare d'acciaio, il cui taglio s'appoggia a due sostegni formati dagli indici medesimi. Il punto di gravità, posto perpendicolarmante al di sotto del taglio prismatico, viene

(1) *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, B. XXIII.

additato da una linea di demarcazione tracciata su ambo i lati della circonferenza del settore; il quale ultimo è munito d'un piccolo peso, acciocchè rimanga più agevolmente in equilibrio stabile, tenendo lo strumento in posizione verticale. In questo caso la linea che unisce il taglio del prisma col punto di demarcazione, sarà anch'essa verticale.

Immediatamente al disopra del prisma d'acciaio, apparisce inoltre la branca fissa, fornita d'un asse sporgente per ogni verso in direzione sagittale, il quale costituisce verso il lato convesso del braccio una superficie, il cui piano, se verticale, si trova precisamente sulla verticale, che corre pel centro di gravità del settore medesimo. Una retta poi, che leghi l'estremità a bottone colla punta degli indici, tocca, in base alla formazione dello strumento, anche la superficie dell'asse, derivandone con ciò, che la punta degli indici, la cima a bottone e la superficie dell'asse stanno sulla medesima retta. Ora se teniamo lo strumento in modo, che gli indici vadano a combaciare appieno colla linea di demarcazione del settore posto in equilibrio stabile, ne emergerà all'evidenza che sarà benanco verticale la retta che dall'estremità a bottone si stende pel piano dell'asse sino alla punta degli indici.

Che se ciò è vero, come lo è in realtà, nessuno mi opporrà, che non possa, a mio beneplacito, scambiare un punto del piano dell'asse con quello dell'estremità a bottone, siccome l'uno e l'altro dei due giacciono sulla stessa verticale.

La sbarra che è la parte trasversale rappresenta in miniatura un fissatore delle ginocchia, quale si adopera nelle operazioni ginecologiche. Mediante due anelli si rendono scorrevoli nella lunghezza di detta sbarra due piastrine metalliche scambievolmente parallele in direzioni sagittale e perpendicolari alla medesima, le quali, essendo provvedute di vite nella parte inferiore di questa, si ponno rassodare in qualunque siasi punto. Così gira eziandio su essa un'asticina metallica graduata in millimetri, per misurare la distanza delle piastrine, dopochè queste sono state fissate a scopo di misurazione.

La maniera, la cui mercè si può effettuare la misurazione, è facilmente attuabile.

Chi l'intraprende, dispone anzi tutto la gravida, che stia in posizione retta, accostandola a tal uopo ad una parete, che s'appigli colle mani a due sedie per meglio restare immobile e che tenga le

gambe divaricate; siede quindi a lei dinnanzi sopra uno sgabello assai basso e fissa all' ultimo la sbarra al disopra delle ginocchia, circa 23 centimetri dalla piega coscio-perineale. Ciò fatto, immette nella vagina la cima a bottone della branca fissa, sino al punto terminale del diametro trasverso dell' entrata del bacino, coll' aiuto di due dita della mano sinistra per la parte sinistra, mentre coll'altra mano muove lateralmente lo strumento, fintantochè la punta degli indici collimi perfettamente colla linea di demarcazione del settore, stante in equilibrio stabile.

Quindi, coll' assistenza d'una persona, che sostenga con una mano il gomito del braccio del misuratore, le cui dita dirigono nella vagina la branca metallica, si mette in moto la piastrina sinistra in senso eccentrico, sinchè pervenga ad addarsi colla faccia del perno del braccio fisso, nel qual punto s' assoda mediante la vite. Per tal mezzo, come i tre punti sullodati della branca poggiano sulla medesima verticale, così potrò riputare trovato, per dimostrazione anteriore, il punto estremo del diametro trasverso nella faccia esterna della piastrina ricordata.

Ora rimosso il braccio fisso e scambiata la mano, rinnuovo la stessa operazione dalla parte destra, per avere l'eguale risultato.

Conseguito anche quest'ultimo, avrò che le faccie laterali delle due piastrine mi segneranno i due estremi del diametro trasversale; e sull'asticina graduata potrò comodamente leggere la loro distanza, appena allontanato il fissatore delle ginocchia.

Tale distanza appunto mi darà la lunghezza del diametro trasverso, che è giocoforza trovare.

Qui è di somma importanza, per avere un felice risultato, annotare, che nell'applicazione dello strumento deve il braccio fisso precedere la sbarra e la superficie dell'asse di quello ha da essere, il più possibile, in direzione sagittale, ondechè la superficie dell'asse convenga per bene colla faccia esterna delle piastrine metalliche.

Con simiglianti cautele non ho alcun dubbio che ciascuno sortirà quegli stessi profitti, che io ebbi su 11 pluripare e 9 primipare, col ripetere tre volte la misurazione sulla medesima donna.

* * *

Aggiungo tosto in apposite tabelle i miei risultati:

I.ª Tabella. — **Pluripare.**

N.° gravide	N.° misuraz.	Diam. trasv.	Differ. mm.	N.° gravide	N.° misuraz.	Diam. trasv.	Differ. mm.
1	3	11.9 11.9 11.95	$^1/_2$	7	3	11.5 11.6 11.6	1
2	»	11.4 11.3 11.3	1	8	»	12.2 12.3 12.15	1 $^1/_2$
3	»	10.75 10.75 10.65	1	9	»	12.8 12.9 12.9	1
4	»	11.5 11.6 11.6	1	10	»	12.— 12.— 12.—	—
5	»	11.65 11.55 11.5	1 $^1/_2$	11	»	12.1 12.1 12.—	1
6	»	11.25 11.25 11.35	1				

Differenza massima 1 $^1/_2$ millimetri 2 volte
» minima 0 » 1 »

II.ª Tabella. — **Primipare.**

N.° gravide	N.° misuraz.	Diam. trasv.	Differ. mm.	N.° gravide	N.° misuraz.	Diam. trasv.	Differ. mm.
1	3	10.85 10.9 10.85	1/2	6	3	11.40 11.40 11.40	—
2	»	10.60 10.65 10.45	1 1/2	7	»	12.1 11.9 11.9	2
3	»	9.4 9.5 9.5	1	8	»	12.5 12.— 12.5	1
4	»	12.8 12.8 12.7	1	9	»	12.— 12.5 12.—	1/2
5	»	11.65 11.5 11.65	1 1/2				

Differenza massima 2 millimetri 1 volta
» minima 0 » 1 »

Dopo ciò mi sia lecito apporre, che la misurazione col mio pelvimetro è pressochè perfetta, dappoichè le oscillazioni dei risultati variano da 0-2 millimetri rapporto al diametro trasverso d'un bacino normale di 13 centimetri circa; che l'applicazione dello strumento, oltre d'essere semplice affatto, non è nemmeno molesta a senso della donna che lo subisce, e che l'immobilità di questa dura sino a misurazione completa. Cadono pertanto le difficoltà accennate da Landerer sul metodo Skutsch, e svanisce interamente la necessità d'un tavolo ginecologico all'uopo.

Premettendo ora che la visita digitale per la determinazione del diametro retto dà al pari di altri pelvimetri risultati soddisfacentissimi, potremo, colla misurazione digitale per la coniugata vera e mediante il mio pelvimetro pel diametro trasverso, determinare il grado d'un restringimento del bacino.

In tal modo il mio metodo, per la facilità d'applicazione e gli ottimi risultati ottenuti, può ridondare a profitto dell'ostetrico specialista e del medico pratico.

Se i fatti corrisponderanno alle mie previsioni, sarò felice d'avere portato anch'io un piccolo tributo nel campo della pelvimetria.

Il pelvimetro viene fornito dalla ditta E. Mayer, fabbricatore d'istrumenti chirurgici. — Innsbruck.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

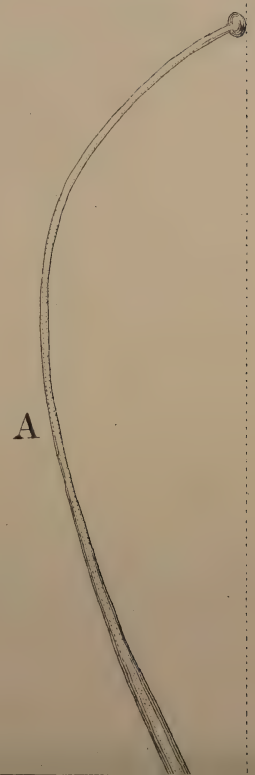
Figura 1.ª

A. Branca fissa del pelvimetro visto di fronte in posizione naturale.
B. Settore girevole lateralmente.
C. Peso attaccato al settore.
D. Indice combaciante colla linea di demarcazione del settore.
E. Sezione dell'asse sporgente d'ambo i lati in direzione sagittale colla sua superficie piana rivolta verso il lato convesso della branca fissa.
F. Sezione laterale del settore *G,* degli indici *H,* del prisma d'acciaio *I,* a cui è sospeso il settore, dell'asse *L,* sporgente d'ambo i lati, grandezza naturale, e del peso *M.*

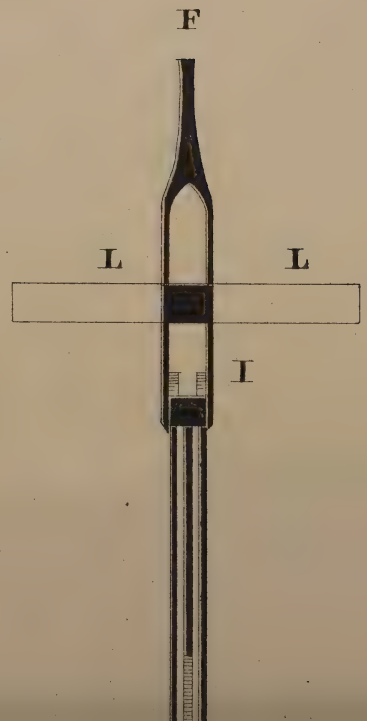
Figura 2.ª

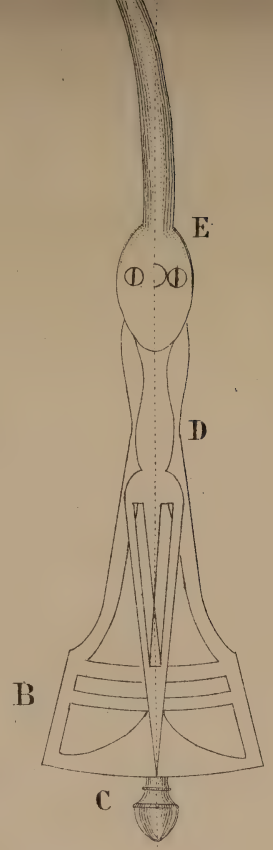
N. Sbarra trasversale.
O. Asticelle metalliche viste in direzione sagittale, girevoli lungo la sbarra.
P. Viti di fissazione.
Q. Asticella metallica graduata, per misurare la distanza delle due piastrine fissate (faccia esterna), pure girevole lungo la sbarra.
R. Sezione laterale d'una piastrina metallica, dell'anello *S,* a cui la piastrina è fissata, della sbarra *T,* della vite *U,* e dell'asticella graduata *V.*

Fig. 1.

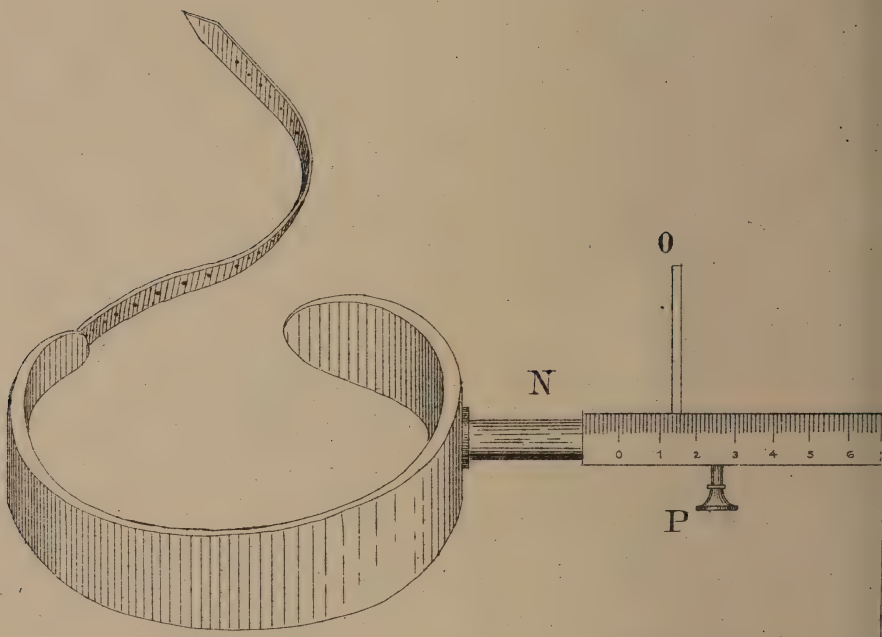


Sezione a.b.

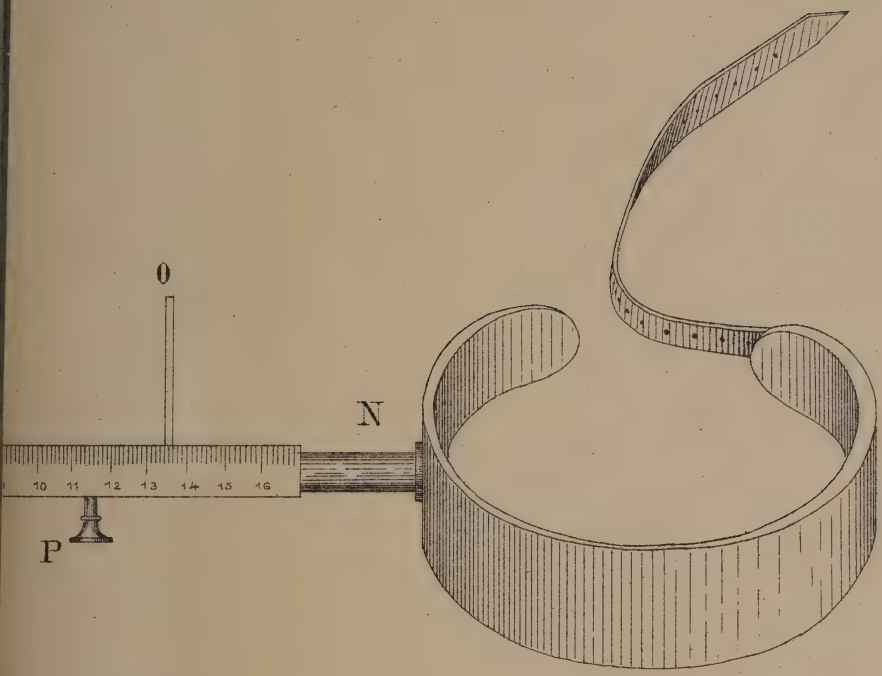



E
D
B
C

H
H
M


0
N
0 1 2 3 4 5 6
P

R
Sezione a b.
S
V
T
U



Sezione c.d.

08 SEP 64

Distocia grave per sclerosi sifilitica del collo uterino

PEL

Nob. Dott. ANTONIO CIOJA

LIBERO DOCENTE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

15 SEP 94

La resistenza anormale del collo uterino e la sua rigidità durante il travaglio sono cause rare, ma gravi di distocia. Ebbi occasione di vederne un caso gravissimo nella pratica privata, nel quale si associava a rigidità del collo anche ipertrofia sopravaginale, caso nel quale assistetti il compianto collega ed amico dott. Sangregorio per l'atto embriotomico col quale si liberò la donna. Un altro caso ne vidi nella Clinica Ostetrica della R. Università di Pavia (durante il 2.° anno del mio assistentato), in donna affetta da tubercolosi, dove si terminò il parto con una laboriosa applicazione di forcipe, che provocò prolungamento delle incisioni fatte in antecedenza sul collo, suturate poi in catgut, caso che ebbe esito infausto per la madre già in assai tristi condizioni generali; ed infine un terzo caso occorso recentemente nella Clinica di Genova, che forma appunto oggetto di questa nota clinica, il cui materiale debbo alla cortesia del prof. Pestalozza, che mi consigliò a pubblicarlo, vista la grande rarità ed importanza del caso, nonchè il buon esito della cura messa in pratica.

La donna di cui parlo era entrata in clinica il giorno sette del luglio 1893. Essendo di statura piccola, primipara e in periodo piuttosto avanzato di gravidanza, si fece subito un esame sommario delle condizioni scheletriche generali e pelviche, che escluse la presenza di una viziatura pelvica e rivelò la gravidanza nell'ultima quindicina del nono mese. Essendo essa di aspetto assai sofferente, rachitica, pallida, emaciata, fu messa a riposo con dieta ricostituente. Sette giorni dopo il suo ingresso in clinica fu ripetuto l'esame ostetrico, durante il quale l'anamnesi confermò l'opinione che si trattasse di donna sofferente all'apparato polmonare.

Si constatò la gravidanza nei suoi ultimi giorni, un feto vivo in presentazione di vertice già impegnato nella parte media dello scavo, con un battito regolare nel quadrante addominale inferiore sinistro, e si notò subito il fatto che il collo uterino persisteva per la lunghezza di un centimetro e mezzo circa, che permetteva comodamente l'introduzione del dito esploratore (2 cent. circa di dilatazione) e che era di una consistenza abnorme per la sua notevole durezza. Questa durezza era specialmente spiccata sulla metà anteriore di esso, dove era anche di forma un po' irregolare, lievemente frastagliato.

Sul grande labbro destro si trovò un' ulcerazione rotonda, larga circa un centimetro, a base assai dura, un po' arrossata al suo contorno, poco dolente. I gangli linfatici inguinali ingrossati, isolati, piuttosto duri, mobili, e così pure qualche ganglio linfatico cervicale.

Dagli antecedenti di questa donna risultava che per molti anni un giorno prima della mestruazione aveva vomito, il quale cessava dopo la mestruazione per ricomparire regolarmente nella mestruazione successiva.

Risultava altresì che arrivata al terzo mese della gravidanza, ebbe vomiti frequenti commisti a sangue, per cui ricoverò in clinica medica dove fu curata con dieta lattea e pillole di ghiaccio per un mese e mezzo. Uscì dalla clinica migliorata e il vomito non si ripetè più fino al giorno in cui cominciò a mettersi in travaglio.

Essa non ricordava di aver avuto eruzioni o macchie sulla cute. Ricordava che verso il 5.° mese si manifestò un'altra *piccola piaga* dura al grande labbro destro che scomparve da sè. Non ricordava di aver avuto dolori alle ossa delle gambe. Ebbe cefalee frontali fortissime nell'ultimo mese della gravidanza.

Non ricordava di avere avuto stomatite o faringite. Negli ultimi mesi della gravidanza si sentiva debolissima e stava di frequente a letto.

L'esame degli altri sistemi della ammalata fece rilevare le cattive condizioni dell'apparato digerente; si notò la perdità precoce quasi completa dei denti e lo stato di carie avanzata dei rimanenti con odore fortissimo di putrefazione della bocca, lingua infiammata, disappetenza, digestioni difficili, scariche diarroiche assai frequenti nei giorni che precedettero il parto. Non febbre. Qualche dolore lombo-addominale (contrazioni uterine).

Tutti questi dati fecero formulare la diagnosi di una *sifilide* nel *periodo secondario,* con *spiccata cachessia sifilitica*, e *sclerosi sifilitica del collo uterino che complicava la gravidanza.*

Una settimana dopo il suo ingresso in clinica, cioè il giorno 15 luglio si ebbe la rottura spontanea delle membrane, e le contrazioni uterine da prima lievi si andarono accentuando. Crebbero le scariche diarroiche che furono accompagnate anche da vomito e singhiozzo, cui si provvide

con somministrazione di oppio, bismuto, pillole di ghiaccio e dieta adatta. La temperatura misurata due volte al giorno non saliva alla sera al di là di 37 gradi. Malgrado queste cure il singhiozzo non cessò. La donna si mise decisamente in travaglio.

L'apparato circolatorio e respiratorio non presentavano lesioni notevoli e anche le informazioni avute dalla clinica medica non accennavano a lesioni in questi sistemi.

Otto giorni dopo il suo ingresso in clinica, come si disse, si ruppero spontaneamente le membrane e incominciò a colare il liquido ammiotico. Si verificarono contrazioni uterine non molto forti e contemporaneamente si ebbe qualche scarica diarroica. Il collo uterino si mantenne sempre nelle medesime condizioni, cioè dilatato di 2 cent. con un orlo di circa un cent. $^1/_2$ duro. Il segmento inferiore era disteso dalla testa che si presentava per il vertice. Si manifestò ancora un singhiozzo che durò per mezz'ora e più e si ripetè a varii intervalli. La temperatura si mantenne sempre normale sui 37 alla sera, e sui 36 $^5/_{10}$ 36 $^8/_{10}$ al mattino.

Il 17 luglio nel pomeriggio il liquido amniotico si tinse di meconio, le contrazioni uterine aumentarono e allora si mise in posto nel collo uterino un sacchetto di Barnes non senza qualche difficoltà. I dolori si fecero più frequenti.

Alle 8 pom. si tolse il sacchetto di Barnes e si trovò che la dilatazione era di poco aumentata, malgrado che il sacchetto fosse del numero più grosso e dilatato due volte. Uscì fuori dietro al sacchetto un liquido piuttosto denso colore del meconio, di odore fetido. Si manifestò un po' di edema ai genitali esterni, e il liquido amniotico prese forte odore di putrefazione. Il feto però era vivo. Dopo di ciò le contrazioni uterine si rallentarono, ma la donna era stanca e spossata. Aveva continuo singhiozzo e accessi di vomito, temperatura sempre bassa (37-37 $^2/_{10}$). Si decise di liberare la donna col mezzo delle incisioni sul collo uterino e il forcipe preparando però tutto per una eventuale craniotomia.

La donna venne cloroformizzata, e venne esaminata di nuovo. Si trovò la dilatazione di circa 4 cent., collo uterino durissimo, rigido, vertice sceso quasi allo stretto inferiore, colla piccola fontanella quasi ruotata sotto al pube. Si praticarono parecchie incisioni sul collo uterino col bistouri bottonuto tanto sulle parti anteriori che laterali e posteriori, e poi si applicò il forcipe colla curva pelvica rivolta in avanti e a sinistra. Dopo valide trazioni la nuca era bene impegnata sotto il pube.

Durante le trazioni si praticò qualche altra incisione sulla bocca uterina. Il tagliente strideva come se la bocca uterina fosse cartilaginea. Riuscì piuttosto penoso il movimento di disimpegno della parte presentata, e durante il medesimo il piano perineale si lacerò. Il feto era vivo e leggermente asfittico: portava le traccie del forcipe. Aveva i sacchi congiuntivali pieni di materiale sanguigno misto a meconio e liquidi

vaginali. Nell'estrarre il feto si sentì ancora più forte l'odore di putrefazione. Il feto venne in mezz'ora rianimato coi comuni metodi.

Con un po' di spremitura, dopo poco si ebbe l'espulsione della placenta; dalle incisioni uterine sgorgava il sangue a profluvio, e con zampilli vivacissimi in modo da impensierire. Un grosso lembo di bocca uterina anteriore protrudeva dai genitali. Le incisioni si erano allungate in alto. Anche la vagina portava una lesione verso sinistra nella sua metà superiore. Afferrati i lembi delle incisioni con pinze Hegar e fatta una iniezione di ergotina Bombelon sottocutanea, si eseguirono pronte suture delle incisioni con grossi aghi da collo (Martin) in catgut; queste suture laboriosissime e rapide provvidero all'emostasi. Si diede qualche punto in vagina e insieme si provvide alla lacerazione perineale. Si zaffò il fondo della vagina verso sinistra con garza sterilizzata dove non si arrivò colla sutura. L'emorragia cessò. L'utero era contratto. Si mise la donna a letto con una vescica di ghiaccio sul ventre.

Appena risvegliatasi, la donna fu presa ancora dal singhiozzo, che durò assai molesto, con vari intervalli, cinque giorni dopo l'atto operativo. Si notò un notevole acceleramento del polso che si mantenne per otto giorni sulle 100 e 110 pulsazioni, con una respirazione media da 20 a 22 al minuto e una temperatura che raggiunse in 4.ª giornata di puerperio un massimo di 38 $^5/_{10}$ misurata esattamente quattro volte al giorno. Le lavature vaginali furono ripetute parecchie volte al giorno con acqua bollita filtrata e con soluzione fenica al 2 $^1/_2$ per cento. Si mantenne sempre forte l'odore di putrefazione dei lochi. In quinta giornata vennero tolti i punti in seta dal perineo e si ebbe adesione del medesimo. Vennero pure espulsi colle lavature in 5.ª giornata molti punti di catgut, e la donna non ebbe più necessità del cateterismo, urinando spontaneamente.

Si somministrò tre volte al giorno un po' di marsala, in sesta giornata prese cibi solidi. Nei successivi giorni del puerperio che decorse regolarmente, si andò accentuando nella donna lo stato di anemia e di prostrazione da cui era affetta. Per il che si iniziò una cura tonica e ricostituente.

Dal lembo di collo asportato furono fatte sezioni microscopiche, colorate con ematosilina Delafield, e con ematossilina mista ad orange.

Tagliando il pezzo si vedeva microscopicamente sulla sezione una zona bianchiccia di aspetto fibroso di un mezzo centimetro (che si estendeva per tutta l'ampiezza del pezzo) confinare in modo piuttosto brusco con una zona di tessuto di colorito rosso vinoso; si sarebbe detto che vi fosse in quel punto un passaggio da un tessuto fibroso ad un tessuto muscolare più sano. Questo invece non si verificò se non nel senso che nella zona scura vi era stata forte stasi sanguigna e si era colorata intensamente come si è detto.

Il fatto più spiccato che appariva all'esame delle sezioni suddette,

era una copiosissima infiltrazione nei tessuti, di piccole cellule rotonde, linfoidi che formavano assai frequenti territorii fittamente infiltrati, isolati, frammisti ad altri dove l'infiltrazione era minore, e che in moltissimi punti si spingevano tra mezzo alle fibrille muscolari e cellule muscolari dissociandole. Questi elementi così abbondanti erano piccoli, rotondi, uniformi, granulosi, fortemente coloriti coll'ematossilina.

I vasi erano piuttosto numerosi, di preferenza a pareti grosse. Ne furono trovati molti in cui era evidente non solo l'ispessimento delle pareti colla proliferazione dell'endotelio che appariva in alcuni vasi frangiato, ma era evidente anche l'infiltrazione di cellule suaccennate rotonde anche tra gli elementi delle pareti ingrossate. Questo reperto era evidentissimo e assai frequente in tutte le sezioni.

Si poterono constatare anche evidenti lesioni degenerative della cellula muscolare, osservando specialmente le fibrille che sui margini delle sezioni restavano quasi naturalmente preparate per dissociazione, in causa di necessari maneggi e trasporti delle sezioni da un mezzo nell'altro di colorazione, di disidratazione, rischiaramento, distensione, ecc. In alcune cellule muscolari il nucleo era assai allungato, molto depresso nel suo centro, in altre esso era colorito solo in una sua metà, e l'altra metà rimaneva chiara granulosa, in altre cellule muscolari il nucleo era frammentato in due ed anche in tre parti, di cui la maggiore colorata, le altre vicine di aspetto granuloso, scolorate.

Framezzo a queste cellule abbondante infiltrazione di cellule rotonde. L'infiltrazione suddetta tra le cellule muscolari era molto più evidente nei territorii vicini ai vasi sanguigni. Questo reperto era pure evidentissimo e assai frequente. In complesso però l'esame dei preparati dava l'impressione abbastanza chiara di un'affezione diffusa, non a focolaio; una specie di infiltrazione granulomatosa del tessuto connettivo fra le fibre muscolari, di cui era evidente lo stato degenerativo. In alcuni scarsi punti si potè esaminare anche qualche grosso fascio fibroso unito a questa infiltrazione granulomatosa, si potè però accertare che era un reperto raro. La colorazione doppia coll'orange e l'ematossilina poco usata generalmente (colorazione lenta), riuscì assai evidente e dimostrativa. Le sezioni prendevano microscopicamente un colorito bruno.

In altre sezioni in cui le fibre muscolari erano state colpite perpendicolarmente al loro asse longitudinale, si vedevano le sezioni delle fibre stesse colorate in modo quasi uniforme, in giallo per il colore orange della miscela colorante; il protoplasma disposto in modo poco uniforme, brillante, dava allo stesso, l'aspetto di una degenerazione jalina delle fibre muscolari stesse.

In queste sezioni non si vedeva fra fibra e fibra quell'infiltrazione parvi cellulare così evidente nelle altri sezioni, dove venivano colpite longitudinalmente le fibre muscolari.

In altre sezioni fatte perpendicolarmente al canale cervicale, vennero sezionate delle grossissime ghiandole cervicali con epitelio perfettamente conservato, ripiene di muco colorato dall' ematossilina, cosparso qua e là da detriti cellulari.

Le fibre muscolari avevano però preso parte attivissima all'ipertrofia gravidica, perchè se ne sezionarono, nei tagli fatti in vario senso, delle veramente colossali.

Nel tessuto fondamentale vicino alle ghiandole si osservarono moltissime sezioni di linfatici, ripieni esclusivamente di leucociti fortemente colorati dall'ematossilina, e si trovarono vasi sanguigni rari assai voluminosi. — In complesso la mucosa si poteva ritenere per normale, mentre invece le lesioni anatomiche erano evidentemente localizzate nel tessuto muscolare. — La mucosa certo non aveva per rigidità nè per nessuna alterazione contribuito alla patologia del caso

Continuando nella citazione dei casi non ancora noti che ho potuto raccogliere, in cui la rigidità di origine sifilitica del collo uterino è stata causa di distocia, citerò le seguenti storie cliniche che ho trovato nei registri della Guardia Ostetrica di Milano:

Caso. 1.° — 24 aprile 1892. P. G. Porta Magenta 2. (Levatrice Nobili). Terzipara in travaglio da 3 giorni. Inerzia uterina. La donna presenta sulla cute delle macchie che assomigliano alla roseola sifilitica. Rigidità sifilitica dell'orificio uterino, dilatato a 5 cent. Presentazione di vertice nello scavo in O. I. D. A.

Feto vivo. Non si trovano traccie visibili dell' accidente sifilitico primario. Vi è infiltrazione delle ghiandole inguinali. Il marito era notoriamente infetto da sifilide. Il collo uterino è molto resistente. Alle ore 7 antimeridiane diminuisce un poco lo spasmo uterino, l' orificio però è sempre nelle medesime condizioni. Vi è perdita di meconio, e battito irregolarissimo; allora viene applicato il dilatatore Bossi, procedendo con esso alla dilatazione dell'orificio uterino. Estratto il dilatatore si è ottenuto la dilatazione permittente l'applicazione del forcipe, ma vi sono lacerazioni multiple all'orificio uterino. Durante l'applicazione del forcipe si è obbligati a fare delle incisioni supplettive sull'orificio uterino a destra, dove si manifestava la maggiore resistenza. Il feto è vivo. Si eseguisce il secondamento col metodo di Credé, la placenta non porta che poche alterazioni. Si somministra un grammo di segale essendosi avviata dopo il parto una emorragia. Non cessando questa coi comuni metodi ed essendo l' utero contratto, viene prontamente esaminato il collo, messo in luce con lunghe valve, afferrandone i lembi con pinze

Schröder. — Allora si viene a conoscere che esiste un'ampia lacerazione alla parte sinistra del collo nel punto dove poggiava una delle branche del dilatatore; si procede allora immediatamente alla sutura in catgut della lacerazione, pizzicando con una pinza Pean un vaso arterioso che dava sangue in profondità lateralmente a sinistra. L'emorragia cessa: la donna si sente bene. Il puerperio decorre apiretico. Riveduta l'ammalata dopo il puerperio, si trovò che il collo si era rifatto presso a poco normale, a sinistra si sentiva un indurimento cicatriziale che lo fissava verso la parete pelvica. Questo caso fu tolto dalla casistica del dottor Ferri della Guardia Ostetrica.

Caso 2.° — G. L., Via Goldoni n. 3, 2 aprile 1892. Primipara gravida al settimo mese. Si riscontrano due ulcerazioni sifilitiche ai genitali esterni con infiltrazione, indurimento dei linfatici inguinali. Le ulcerazioni sono situate alla commessura vulvare posteriore. Applicato lo speculum di Cusco (dopo aver sentito coll'esplorazione che il collo uterino era indurito), si vede che esso è sede di un' altra ulcerazione che ha i caratteri presuntivi delle ulcerazioni sifilitiche.

Le acque ammiotiche sono già scolate, la dilatazione della bocca uterina è di un centimetro. Alle ore 4 pom. del giorno successivo le condizioni sono immutate. Si nota un notevole assottigliamento del segmento inferiore dell' utero, nel quale è cacciato buona parte del feto. Le contrazioni uterine sono vive, indi subentra uno stato di tetania dell'utero con minaccia di rottura d'utero. Si applica il dilatatore Bossi, ed in 25 minuti si ottiene una dilatazione di 6 cent., ma con tre lacerazioni corrispondenti alle tre branche del dilatatore. Alle 7 pomeridiane si applica il forcipe nello scavo. Durante l'applicazione si è obbligati a praticare tre incisioni sulla bocca uterina e si estrae un feto vivo che muore però poco dopo. Il secondamento segue naturale ed il puerperio fisiologico. Questo caso fa parte della casistica del dott. Sangregorio.

Nella relazione generale dell'Ospizio Provinciale degli esposti e delle Partorienti di Milano per l' anno 1892, redatta dal dottor Cav. Ernesto Grassi, trovo che nel 1892 nell'ospizio di S. Caterina si ebbero 6 casi di morte sopra 614 parti (qualche cosa meno dell' 1 0[0 di mortalità), di queste 6 morte, una, riguarda precisamente una donna sifilitica con rigidità dell' orificio uterino. Questa donna, estremamente deteriorata nelle condizioni generali, era entrata nell'Ospizio in travaglio. Le acque erano colate da più ore e il feto morto. Appena che si ebbe il permittente si intervenne colla craniotomia e colla cranioclastia, versando la donna in condizioni gravi. La morte avvenne per collasso, due ore dopo

il parto. L' attività uterina era stata intralciata anche dalla presenza di fibromi multipli.

Ad appoggiare il concetto del Dührssen riguardo alla dilatazione della bocca uterina per mezzo delle incisioni, crediamo opportuno di citare la seguente storia clinica concessami dal signor prof. Ernesto Pestalozza direttore della clinica ostetrica dell'Università di Genova:

Storia clinica N. 616. — Bacino piatto. Forcipe. Il parto avvenne il giorno 11 febbraio 1893. Trattavasi di una terzipara. Il periodo dilatante aveva durato 18 ore, l'espulsivo 15 minuti, il secondamento 35 minuti. La conjugata vera era di 8,9 cent. Il feto pesava 2860 grammi, era lungo 50 centimetri.

Durante il periodo dilatante si manifestò un fortissimo edema del collo uterino, specialmente del labbro anteriore, il quale veniva a far procidenza ai genitali esterni. Arrivati a 5 centimetri di dilatazione si dovette intervenire per sofferenze fetali e materne, tanto più che la dilatazione dell' orificio uterino non procedeva più oltre. Allora, fatte 3 incisioni piuttosto profonde sull'orificio uterino, si applicò il forcipe e si estrasse il feto vivo senza provocare nessuna lacerazione perineale. Non fu necessario suturare le incisioni eseguite sull' utero. I margini delle medesime erano regolari, la donna ebbe un puerperio fisiologico, salvo un' involuzione uterina un po' lenta.

Il prof. Maygrier ha fatto degli studi interessanti nelle sue lezioni di clinica ostetrica pubblicati a Parigi nel 1893, intorno alla rigidità del collo uterino dal punto di vista ostetrico.

In una di qneste lezioni descrive l'andamento di un parto complitato da rigidità del collo dell'utero, per vincere la quale fu applicato il dilatatore di Tarnier e lasciato in posto per 3 ore.

La donna in questione, avendo visto riuscire inutile la prima applicazione dello strumento Tarnier, non volle sopportare fino alla fine la seconda applicazione del dilatatore, e lo strappò via appena dopo che fu messo in posto.

Questo parto durò 35 ore e dopo aver perduto tanto tempo coll'uso del dilatatore si dovette procedere alla basiotrissia a dilatazione di 7 cent. Il feto pesava 2950 grammi senza il cervello.

Il Maygrier distingue le rigidità del collo dell'utero in rigidità per inerzia uterina e in rigidità vera, primitiva ; e questa la divide in spas-

modica, anatomica e patologica. Parlando della rigidità comune a trovarsi nelle primipare attempate, cita una rigidità in cui il tessuto uterino presenta l' aspetto e la consistenza (secondo il Pajot) del cuoio bollito, però malgrado che citi anche il Porak e il Wallich, non porta a convalidare questo asserto nessun reperto istologico

La mancanza o la grande scarsità di ricerche istologiche che riguardano la sclerosi del collo uterino di qualunque natura essa sia (salvo per i casi di neoplasmi maligni del collo, in cui invece la letteratura è ricchissima), è appunto uno dei motivi che possono giustificare questa mia pubblicazione; tanto più che anche nei trattati degli specialisti delle malattie sifilitiche, le ricerche in proposito sul collo dell' utero sono poche e non giungono a risultati chiari.

Non volendo peccare di presunzione nel fare una publicazione che entra in parte anche nel terreno delle forme celtiche, domandai il parere del prof. Campana ora direttore della clinica dermo-sifilopatica dell'Università di Roma, al quale mi lega un rispettoso ed affettuosissimo sentimento di gratitudine, come allievo e come amico, ed ebbi da esso incoraggiamento a rendere di pubblica ragione le osservazioni qui raccolte.

Debbo ringraziare oltre al prof. Campana anche il prof. Pestalozza, che mi concedette il materiale clinico ed anatomo-patologico per redigere queste note.

Ritornando al lavoro del Maygrier, è bene notare che nella terza categoria della rigidità del collo, egli mette appunto la rigidità sifilitica del collo dell'utero. Egli fa un po' di storia di questa causa di distocia e cita il lavoro del Putegnat (1868), i casi di Chiarleoni (1873), quelli di Chiara e Martinetti (1883), quello di Madama Mesnard (1884), cui seguono due di Doléris (1885), nonchè quelle di Welponer, Fasola, Blanc, dove complessivamente sono prese in esame le placche sifilitiche, i sifilomi, le gomme sifilitiche sul collo dell'utero in gravidanza, facendo poi seguire una descrizione microscopica abbastanza esatta della sclerosi sifilitica generalizzata del collo, la quale sarebbe appunto la più grave dal punto di vista ostetrico e si somiglierebbe a quella che si può avere spontanea nel retto senza pregresse lesioni, e come quella che si suol presentare anche nella lingua e che viene chiamata glossite sclerosante sifilitica.

Uno dei pochi casi di rigidità sifilitica del collo in cui si abbia un reperto microscopico è appunto dovuto ad un italiano, il compianto dott. Fasola, già assistente del prof. Chiara di Firenze.

Questo caso è portato anche dal Maygrier. Ad esso fa seguire i caratteri clinici della rigidità sifilitica in generale, accennando ad una durezza cartilaginea dei tessuti affetti e alla diagnosi differenziale colle cicatrici residenti nei tessuti medesimi e derivanti da altre cause.

Riporta anche l' andamento del travaglio, come suole avvenire in queste circostanze, ricordando la putrefazione del liquido amniotico e lo sviluppo di gas nell'utero, come accadde di vedere in un caso accorso al Maygrier stesso nel 1887 all'Ospitale de La Pitié, insieme col signor De Melin.

In questo lavoro del Maygrier si fa cenno anche agli esiti del collo uterino durante il travaglio, quando si trovi affetto da sclerosi sifilitica. O il collo cede senza lacerazione, o si lacera sino in alto, o si distacca completamente circolarmente. Di questa ultima varietà di esito, cita un caso di Porak, un caso di Bouffe De S. Blaise all'Ospitale Tenon. Si può anche avere secondo il Maygrier la morte della donna sia per infezione, sia per rottura dell' utero.

Il Guéniot nel suo lavoro intitolato « Des indurations pathologiques du col utérin, » dice che egli adotta le incisioni sul collo, salvo quando il feto sia vivo e la gravidanza a termine o quasi, nel quale caso è indicato il taglio cesareo. Egli incide i tessuti sani ed i tessuti malati; dopo di che estrae il feto col forcipe prudentemente, e taglia ancora i tessuti fibrosi se ostacolano l'estrazione del feto. Egli ritiene inocue le incisioni, salvo nei casi di carcinoma con diffusione alla vagina, alla vescica o al retto.

A questo proposito riferisce i casi del prof. Pinard, in uno dei quali vi fu lacerazione della vescica per prolungamento di una incisione cervicale, e nell'altro seguì la morte dopo eseguite le incisioni (trattavasi di due casi di carcinoma). Il prof. Pinard sarebbe piuttosto partigiano del taglio cesareo.

Cita anche due casi in cui si fece l'operazione Porro.

Il Maygrier, di tutti i casi di rigidità del collo, ritiene che le rigidità sifilitiche sono quelle che hanno il pronostico più grave. È notevole un caso di *rigidità anatomica*, osservato dal suddetto autore nel 1878 alla

Pitié, dove il collo uterino nella sua porzione anteriore era notevolmente duro, come pure rigido anche il segmento inferiore. In questo caso il travaglio di parto durò 5 giorni, si dovette ricorrere alla basiotripsia a 7 cent. di dilatazione; ne risultò una lacerazione del collo lunga 6 cent. e la morte della donna in giornata.

Anche la mortalità fetale è ritenuta dall'autore assai grave sia per la compressione prolungata contro il collo uterino rigido, quanto per la facile infezione del liquido amniotico, per cui raccomanda di non tardare a praticare l'embriotomia.

Trascurando di citare la *cura medica* messa in opera dal Maygrier nelle varie categorie di rigidità del collo uterino, riferiremo la cura chirurgica adoperata dall'autore nei casi di rigidità sifilitica.

Se il travaglio dura p. es. da 2 o 3 giorni, allora pratica le incisioni sui lati ed in avanti del collo dell'utero (Dührssen).

Se il collo dell'utero non cede malgrado questo intervento, propone il taglio cesareo (Fasola). Considera però i pericoli dell'infezione e quindi alla fine dei conti propugna l'amputazione alla Porro.

Nel caso da me osservato nella Clinica Ostetrica di Genova il labbro anteriore uterino duro e sclerosato compreso fra due delle incisioni alla Dührssen, pendeva a parto finito con pochi attacchi di tessuto, nella vagina. Questa porzione di collo che si sarebbe certamente mortificata, fu asportata e servì a fornire il materiale per gli esami microscopici. Tuttavia esaminata la donna a puerperio finito, il collo aveva ripreso quasi una forma normale.

Il Maygrier nel suo lavoro ha un capitolo speciale nel quale prende in considerazione il trattamento del collo dell'utero successivo alle lesioni in discorso: considera cioè la trachelorafia per sopperire alle lacerazioni residue del collo; osserva però che qualche volta le labbra uterine si riuniscono fin troppo bene, però fa notare che si possono avere delle lesioni consecutive sotto forma di monconi duri, conici, voluminosi, quasi senza orificio, di aspetto bianco fibroso, oppure con un orificio puntiforme con atresia cervicale, che predispongono indubbiamente alla dismenorea e alla distocia ancora più grave nei parti successivi.

È molto interessante a questo proposito il caso pubblicato da Bidder nella *Deutsche Medicinische Wochenschrift,* 1879, pag. 193-195. In questo caso venne eseguita sul collo dell'utero gravido una incisione ad imbuto con esito felice.

Anche il Viguier nella sua *Thèse de Paris*, 1874, tratta lo stesso argomento molto estesamente, e propone pure un metodo di incisioni che assomiglia molto a quello di Dührssen.

Se si venisse ad una discussione particolarizzata dei momenti etiologici capaci di produrre la ipertrofia del collo dell'utero o l'indurimento del medesimo e determinare per tal motivo la distocia, verremmo a trovare nei termini della discussione la sifilide, la tubercolosi, i vizi meccanici, l'endometrite, l'ipertrofia congenita, l'atrofia embrionale dell'utero (Virchow). Seguendo i concetti etiologici e prendendo in esame speciale l'origine sifilitica dell'indurimento del collo uterino, si potrebbe applicare per questi ordine di fatti una terapia conveniente, la quale dovrebbe essere messa in atto o durante la gravidanza o prima in quei casi in cui si venisse alla supposizione di un processo sifilitico che solo, od in compagnia di irritazione locale, abbia concorso a produrre una sclerosi dell' utero. Però la patologia sifilopatica ha risolto questa questione in rapporto alla sifilide sclerotizzante d'altri organi (come di ossa, di muscoli, ecc.), e ha dato un'importanza al tutto secondaria alla cura antisifilitica, mettendo invece in prima linea la cura chirurgica.

Che la sifilide abbia un potere sclerotizzante di un titolo altissimo, lo si vede chiaramente anche in questo campo, dal momento che viene a vincere ed annullare le funzioni dei numerosi elementi elastici del collo e del segmento inferiore uterino; dimostrando pienamente la legge accettata dalla patologia sifilopatica, che l' infezione sifilitica predilige come terreno di elezione i tessuti connettivali. Una volta che la sifilide si sia impadronita dell'elemento connettivale uterino, la sclerosi specialmente del collo deve presentarsi di una resistenza grave; infatti l'elemento muscolare, abbondantissimo nel segmento inferiore uterino, si riduce d'assai, sino quasi a completa scomparsa nello spessore del collo, dove il tessuto connettivo con fibre fusate a nuclei lunghi continua lo strato muscolare presso a poco come un tendine fa continuazione al muscolo.

Si noti anche a questo proposito che la sifilide vince la ben riconosciuta tendenza dei tessuti materni (specialmente uterini) nello stato gravidico, sia alla neoformazione di elementi istologici, sia all'ipertrofia vicaria, di quelli già esistenti, nonchè quello stato di speciale imbibizione sierosa, predisponente ad una caratteristica mollezza dei tes-

suti, che insieme al fatto della ipertrofia e neoformazione dei tessuti uterini forma, come si è detto, una delle caratteristiche dello stato gravidico.

Nel periodo sterile o di riposo dell' utero si capisce come la sifilide possa più facilmente imprimere al tessuto cervicale uterino la caratteristica trasformazione fibrosa e sclerosante.

Troppo evidenti sono le differenze dei reperti anatomici normali e patologici tra i tessuti cervicali uterini, esaminati allo stato di riposo dell'utero, e i tessuti cervicali uterini esaminati nel periodo della gravidanza. Però anche nello stato gravidico il tessuto proprio della cervice è stipato e denso nella sua parte centrale, tutto attorno al canale cervicale e quivi risulta prevalentemente formato da connettivo fibroso attorno al quale si mescolano fibre muscolari.

Questa disposizione l'ho potuta osservare anche nei miei preparati, procedendo nelle sezioni dalla mucosa vaginale che riveste la portio vaginale verso la mucosa cervicale, la prevalenza delle fibre elastiche appare in rapporto (nei reperti normali) coll'abbondanza del tessuto connettivo compatto. Bisogna però che notiamo che l'elemento connettivale sembra in gravidanza non vada soggetto, come invece fa il muscolare, a grande ipertrofia.

Piuttosto che per ipertrofia l'elemento connettivale, come vuole il Litzmann, aumenta di volume per imbibizione.

Il valore della distocia, che può essere provocata dalla sclerosi cervicale, viene ad aumentare quando si accettino le recentissime scoperte anatomiche, sul modo di comportarsi della cervice uterina durante gli ultimi mesi della gravidanza, le quali hanno provato che piuttosto che un raccorciamento, il collo dell'utero in gravidauza subisce un'ipertrofia, alla quale non prende parte solamente la porzione vaginale, sibbene anche la parte sopravaginale del collo stesso.

Io ricorderò sempre a questo proposito un caso raccolto nelle storie cliniche della Guardia Ostetrica di Milano, dove il dott. Sangregorio dovette intervenire dopo laboriosi tentativi, colla craniotomia a 6 cent. per un' ipertrofia del collo uterino che raggiungeva la lunghezza di 6 1|2 cent. ed era straordinariamente resistente per uno stato sclerotico spiccatissimo, resistente a tutte le manovre tentate per la dilatazione del medesimo. L' ipertrofia era singolarmente aumentata durante la gra-

vidanza, ma non si potevano convalidare anatomicamente i sospetti dell'origine sifilitica della sclerosi del collo.

Per concludere anche rispetto alla parte terapeutica delle sclerosi sifilitiche del collo, causa di distocia, io mi credo autorizzato, sia dai reperti anatomici, dei tessuti uterini, cervicali, normali, in gravidanza, quanto dai reperti patologici (sclerosi diffusa della cervice uterina), a dire che: non è conveniente di insistere in questi casi, sopra la cura medica palliativa e sopra i mezzi meccanici dilatanti più o meno lenti della cervice uterina. Io sono persuaso che nelle sclerosi sifilitiche e anatomiche del collo, sia tempo colpevolmente perduto, quello che si spende nell'applicare durante il travaglio, in queste circostanze, come fanno molti, la belladonna, i semicupi, i bagni generali, le lavature vaginali calde, l'elettricità, il cloralio per clistere, la dilatazione digitale, ed altri mezzi consimili. Tanto più quando il collo sclerotico è ipertrofico.

Io non sono del parere di alcuni i quali dicono che le incisioni del collo debbono essere riservate quasi un'ultima ratio, quando si sia già tutto tentato. Val meglio procedere alle larghe incisioni multiple alla Dührssen, che verranno poi suturate a parto finito e dopo una buona emostasi, oppure anticipare risolutamente prima che vi siano sintomi di infezione, un taglio cesareo regolare. Applicare uno strumento dilatante a branche contundenti e dilaceranti i tessuti per procedere poi con questo campo insufficiente e sfavorevolmente preparato o ad una cefalotrisia mascherata col forcipe oppure a una craniotomia su feto vivo, in questi casi vuol dire screditare istrumenti che in altre contingenze possono prestare buoni servigi.

Io credo che oltre all'appoggio personale della mia esperienza (che non è lunga, ma abbastanza estesa, trovandomi ad esercitare la specialità da quattro anni nelle cliniche e da tre anni nella pratica privata), io trovo una consonanza di idee a tale proposito anche nella maggior parte degli ostetrici italiani e parmi che come concetto chirurgico quello da me esposto corrisponda in questi casi anche meglio alle tendenze moderne generali e dell'ostetricia e della ginecologia in particolare.

LETTERATURA.

BENECKE. « Ueber Geburts. Störungen durch die weichen Geburtswege. » *Zeitschrift f. Geburtskunde und Gynaekologie*, 1878, 1-2, p. 232.

BIDDLER. « Ein Fall von Trichter förmige Escisien des Collum Uteri gravidi. » *Deutsche Medicin. Wochenschrift*, Berlin, 1879, p. 193, 185.

DELEURY. « Oblitération du col de l'utérus chez les femmes en couches. » Paris, 1860.

P. BAR. « Le cancer utérin. »

PUTEGNAT. *Journal de Bruxelles*, juillet 1868, vol. XLVII, p. 14.

FOURNIER. « Leçons sur la syphilis chez la femme. » Paris, 1873, p. 69, ecc.

CHIARLEONI. *Annali universali di medicina*, Milano, 1873.

VERGNIER. Thèse de Paris, 1874.

WELPONER. *Centralbl. f. Gynaek.*, 1881, p. 223.

MARTINETTI. *Annali di Ostetricia*, novembre-dicembre 1883, p. 733.

CHIARA e MARTINETTI. *Annali di Ostetricia*, gennaio 1884, p. 87.

FASOLA. *Annali di Ostetricia*, agosto-settembre 1884, p. 482.

M. MESNARD. « De l'influence de quelques lesions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement. » Thèse de Paris, 1884.

DOLÉRIS. *Arch. de Tocologie*, avril 1885, p. 305.

FASOLA. *Annali di Ostetricia*, aprile-maggio 1889, p. 243.

M. P. JACOBI. *The American Journal of Obstetrics*, gennaio 1886, p. 36.

DOLÉRIS. *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 novembre 1887, p. 495.

VULLIET. *Bulletin de la Société Anat.*, 1890.

PORAK. *Bullet. de la Société Obstétr.*, 12 juin 1890, p. 175.

BOUFFE DE SAINT BLAISE. *Boll. de la Soc. anat.*, 31 janvier 1890.

DUHRSSEN. *Arch. f. Gynaek.*, B. XXXVII, h. I, 1890.

BLANC. *Arch. de Tocol.*, 1891, p. 141.

CANNES. Thèse : « Sclerose du col de l'utérus comme cause de distocie. » Paris, 1891.

CH. MAYGRIER. Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1893. « De la rigidité du col utérin pendant le travail. »

E. PESTALOZZA. « Studii anatomici e clinici sull' utero in gravidanza e in travaglio. » Milano, Tipografia Bernardoni, 1890.

Dott. L. M. BOSSI

Lettera aperta al Dott. F. Caruso
a proposito dell'ablazione totale dell'utero
NEL TAGLIO CESAREO PORRO

Unicamente nell'interesse di questo importante argomento, che Lei va trattando con preziosa ampiezza di dati, credo opportuno rilevare un difetto di esposizione occorso nell'ultima puntata del suo lavoro (« Operazioni complementari al taglio cesareo, » N. 7 degli *Annali di Ost. e Gin.*, corr. anno), citando la mia memoria « Sull'amputazione totale dell'utero nel taglio cesareo Porro. »

Lei infatti, dopo accennati gli esperimenti e le proposte del Michaelis, del Blundell, del Bischoff, del De Cristoforis, ecc., venendo alla casuistica, asserisce aver potuto raccogliere 11 casi, che *sommariamente,* senza distinzione d'intervento per necessità o per elezione, espone in una tavola comprendendovi anche il mio.

Ora esaminando tale tavola riscontrasi: che in otto casi esisteva carcinoma del collo dell'utero; in uno fibroma del collo; in uno erasi fatta diagnosi di gravidanza tubarica (quello del Warren) e l'utero fu tolto, dice l'A., per errore diagnostico, all'ottavo mese (madre e figlio morti).

A parte il mio, quindi in tutti gli altri casi *finora operati* esisteva, in forme patologiche dell'organo da estirparsi, indicazione assoluta alla ablazione totale dell'utero non solo, ma non una pelvica viziatura, ma le lesioni stesse avevano di necessità portato al taglio cesareo.

Solo il mio caso rappresenta, quale operazione complementare, la ablazione totale dell'utero per elezione (come Lei stesso invero accenna incidentalmente a pag. 380) in presenza di matrice in condizioni fisiologiche.

Mi parrebbe quindi che non sia stato opportuno il mettere nella stessa rubrica, come fece Lei, ottimo collega, questo mio intervento la cui interpretazione deve essere d'indole affatto diversa.

E l'errore di tale fatto ben appare quando nella colonna « *indicazioni* » di tale tavola leggesi per il mio caso « *osteomalacia* »; quasi che indicazione all'operazione complementare dell'ablazione totale fosse stata la viziatura pelvica per osteomalacia.

Equivarebbe a dire che nel caso *a* di taglio cesareo demolitore, si affondò il peduncolo per bacino piatto rachitico, nel caso *b* per bacino pseudosteomalacico, nel caso *c* invece si formò il peduncolo esterno per bacino uniformemente ristretto, ecc.!

Tale certo non era il di Lei concetto, ma l'errore di forma falsa quivi l'interpretazione.

E la conclusione invero viene, per difetto di esposizione, ad essere disastrosa quando appunto riassumendo, nota che su 11 casi si ebbero *sette morte!* cifre poco consolanti certo e che per sè stesse non inciterebbero punto a seguire questa nuova via di operazione complementare al taglio cesareo Porro.

Lo stato dell'organo che devesi togliere in parte od in totalità costituisce quivi come sempre la parte essenziale della questione. Nè si può anche lontanamente pensare di considerare alla stessa stregua lo stato sano o patologico (tanto più se per cancro) dell'organo che viene estirpato in parte o in totalità.

In realtà quindi i dati che sino ad oggi possediamo, converrebbe, mi sembra, che così si riassumessero:

Classe I. — Ablazione totale dell'utero gestante per indicazioni assolute rappresentate da lesioni varie dell'utero (in gran parte carcinoma), N. 10 con *sette morte.*

Classe II. — Ablazione totale dell'utero quale operazione di *elezione* complementare al taglio cesareo Porro indicato da pelviche viziature, essendo l'utero in stato fisiologico, N. 1 caso con esito completamente felice.

In tal modo enunciata, la statistica che possediamo per nulla comprometterà il concetto fondamentale a cui fui ispirato nel mio intervento e nella memoria pubblicata al riguardo, che cioè, *data l'indicazione al taglio Cesareo Porro convenga modificare questo metodo coll'amputazione totale dell'utero.*

Sarà così questo il primo caso d'una serie d'esperimenti clinici, che auguro lunga e altrettanto felice negli esiti e che *ex novo* proverà se tale modalità sia o meno da preferirsi.

RASSEGNA

MACNAUGHTON JONES. — **Uterine reflexes, distane lesions and remote symptoms due to uterine irritation** *(Riflessi uterini, lesioni a distanza e sintomi lontani dovuti ad irritazione uterina).* — *The British Gynecological Journal,* August 1893.

Nel maggior numero di casi i termini nevralgia uterina, nevralgia ovarica, utero irritabile, sono usati da uomini che non tengono conto delle cause patologiche della nevralgia o dell'irritazione sia uterina che ovarica, ed il cui tatto non fu educato a diagnosticare le condizioni morbose dell'utero ed annessi, o da quelli i quali riferiscono ogni lagnanza di dolore in una donna a quanto si compiacciono di riguardare come una nevrosi o isteria e indifferenti a quanto riguarda i sintomi locali e senza considerare la parte che hanno le lesioni locali nel produrre questi disturbi riflessi della circolazione e della digestione, che da esse certamente dipendono. Quando le relazioni fisiologiche complesse e sottili dell'utero e dell'ovaio sono funzionalmente o organicamente disturbate, si rendono più immediatamente manifeste nei loro effetti su altre funzioni organiche, specialmente su quelle del sistema nervoso, di quello che succede per gli altri visceri. Bisogna ancora ricordare come variamente costituiti sieno i differenti tipi di donna a resistere agli effetti e conseguenze di certe deviazioni dalle loro condizioni normali, e che l'intensità del dolore in molti casi è in ragione inversa delle condizioni patologiche che lo producono. Non è raro di trovare estese malattie dell'ovaio, della tuba o dell'utero accompagnate da pochissimi dolori. Accade così nei fibromi uterini nei quali i primi sintomi sono quelli dovuti alla pressione causata dal volume del tumore. Lo stesso può dirsi per le cisti ovariche e paraovariche. In fatto per quanto riguarda il dolore lo troviamo frequentemente nella sua maggiore intensità ove non si può constatare condizione morbosa dell'utero, ed è pure egualmente vero che i dolori ovarici e la dismenorrea costantemente si trovano con leggeri cangiamenti patologici che li spieghino. Così risulta dall'osservazione giornaliera che disturbi locali e generali e dolori costanti dipendono da leggere affezioni uterine, come spostamenti, piccoli tumori uterini intramurali, lacerazioni della cervice, erosioni e periodiche, sebbene leggere, infiammazioni del parametrio.

Le connessioni fra vagina, utero ed ovaia a mezzo dei loro nervi coi nervi splancnici e col cordone spinale nelle regioni sacrale e lombare col mezzo dei plessi pelvico ed ipogastrico, possono anatomicamente spiegare molti dei fenomeni riflessi che seguono lo stimolo o l'irritazione dei nervi ovarici ed uterini dovuti a malattie ovariche od uterine.

Le relazioni riflesse fra la ghiandola mammaria e l'utero e fra questo ed il nervo ischiatico, mostrano che questa associazione riflessa è stabilita fra l'utero e parti così lontane come il capezzolo e coi tronchi periferici dell'ischiatico. E in qualsiasi modo si guardi l'ovulazione o la parte presa in essa dall'utero e dalle trombe e i vari effetti fisiologici da essa derivanti col mezzo del sistema nervoso in tutto l'organismo della donna, le conseguenze che seguono una deviazione o l'interruzione di questo processo sono costanti dimostrazioni degli effetti fisiologici, che sono prodotti sotto questa influenza in quasi ogni organo del suo corpo. Come esempio di ciò si può prendere l'occorrenza di neurite ottica ed irritazione retinica in connessione colla sospensione o l'irregolarità della mestruazione, dolori nevralgici nell'occhio associati all'epoca mestruale, nevralgia dei nervi sopra ed infraorbitale, leggere crisi epilettiformi dei muscoli della faccia, mal di denti e nevralgia dentale, disturbi laringei, leggeri forme di rinite ipertrofica e parimenti il tinnito dell'orecchio e vertigine, nevralgia simpatica e temporaria congestione della mammella. E quali conseguenze delle irregolarità mestruali troviamo l'irritazione dolorosa delle zone, spinale, dorsale e lombare, eruzioni erpetiche della cute, irregolarità funzionale del ritmo cardiaco, gastralgia e nausee, leggeri attacchi isterici, stato atonico o irritabile dell'intestino, irritazione della vescica con aumentata frequenza di mitto, dolori nelle branche dei nervi sacrali e lombari, varietà di mal di capo e severa emicrania. Tutti tali sintomi ponno essere spiegati cogli effetti riflessi di dilatazione o contrazione vasale prodotti dall'irritazione nata nell'utero o nelle ovaie qual risultato di arrestati o mal compiti processi fisiologici. La pronta risposta dell'utero agli stimoli quali una corrente sanguigna scarsa o una nella quale vi sia eccesso di acido carbonico, è un fatto fisiologico stabilito, e l'influenza di certe impressioni riflesse quali quelle prodotte dalla mano fredda applicata sull'addome o dalla frizione delle mammelle, fu impiegata in ostetricia fin dai primi tempi. Come prontamente la funzione catameniale sia disturbata da certe cause come lo shock mentale o fisico è a tutti noto. Il dolore fisiologico e lo spasmo della dismenorrea non avendo causa apparente nell'utero, nell'ovaio, ma pel quale troviamo una spiegazione in un sangue anemico o tossico come causa delle contrazioni o spasmi che si hanno nella forma ostruttiva della dismenorrea, sono così spiegati. In prolungate alterazioni dell'utero, negli ingrossamenti e spostamenti tubarici e nelle affezioni croniche dell'ovaio, si trovano non solo tali condizioni riflesse, ma conseguenze patologiche aggravate e più seri di-

sturbi funzionali nell'occhio, nel naso, nel cervello, nell'orecchio e nel sistema nervoso generale, nella cute, nel cuore, nello stomaco e nell'intestino. Vi sono inoltre conseguenze indirette dovute ad alterazioni di funzioni normali di organi quali il fegato, i reni, la milza. Raccoglie in una tavola 270 casi di malattie e condizioni anormali degli organi sessuali della donna, e in un'altra i sintomi (oltre agli uterini ed ovarici) accusati in questi 270 casi.

Discussione.

Dott. Bantock. — Le neurosi non esistono senza una causa materiale e nella donna le malattie uterine vi hanno una grande parte, essendone in realtà la causa più frequente.

Dott. Routh. — Sostiene che è dovere di chi imprende a trattare malattie su principi razionali il ricordare la stretta connessione che esiste fra le malattie degli organi pelvici ed i disturbi del sistema nervoso.

Dott. Edis. — Al Congresso Medico Internazionale del 1881 lesse un lavoro, non così completo, sullo stesso argomento. Considerava in esso specialmente la dispepsia della quale ne aveva curati parecchi casi solo col trattare i disturbi pelvici. Riguardo ai disturbi nervosi è completamente d'accordo coll'A.

Dott. Bedford Fenwick. — È pure del parere che nella cura medica delle donne diagnosi, prognosi e cura sono appoggiate sulla conoscenza delle condizioni degli organi pelvici. Dalla sua estesa esperienza risulta che su un gran numero di donne sofferenti per affezioni pelviche, solo il 10 0[0 accusa sintomi associati direttamente cogli organi pelvici. La maggior parte si lagnano di disturbi gastrici e di petto, altre di congestione ed anemia. Cita parecchi casi. Ritiene che si debbano esaminare gli organi pelvici di ogni donna che si lagna di malattia di altri organi.

Dott. Macnaughton Jones. — Legge delle note del dott. Robert Barnes scrittegli dopo aver letto le riviste del lavoro dell'A. non potendo prender parte alla discussione. Barnes dice che vi potrà essere una condizione isterica ma di questo non è convinto. Bisogna dirigere almeno una buona parte delle nostre forze non contro il disturbo nervoso (isterismo, nevralgia), ma contro le cause accidentali e rimovibili che lo determinano e che lo mantengono. Quando non si potranno scoprire tali cause o quando non si riesce a toglierle, saremo ridotti a curare i sintomi, l'epilessia, l'isterismo e la nevralgia come malattie. Chi può dire quante povere donne sono ora ricoverate negli asili le cui sofferenze se non prodotte, sono certo aggravate da malattie o anche semplici disordini, degli organi sessuali. Da tempo è del parere che si debba istituire una commissione d'inchiesta *ad hoc*.

Dott. Spanton. — Le idee dell'A. concordono colle sue. Cita vari casi di malattie uterine ed ovariche curate per settimane e mesi con principî generali e che guarirono quando passarono in sua cura.

Dott. Mausell Moullin. — In generale è d'accordo coll'A., ma quando discende ai particolari gli pare un po' esagerato. La connessione fra la nevrite ottica e l'emorragia retinica da una parte e i disturbi uterini prolungati e le malattie croniche dell'ovaio dall'altra, non gli sembra molto apparente. Spera di poter sentire

presto le idee dell'A. sulla connessione dell'epilessia e dell'istero epilessia, colla funzione mestruale, e sulla sua cura coll'ooforectomia.

Dott. Morton. — Fa osservare che l'A. non ha fatto menzione di una malattia importante associata coi disordini pelvici, l'artrite reumatica e dell'acne dell'adolescenza che illustra la connessione fra la pelle e gli organi della riproduzione. È da ricordarsi anche l'ubbriachezza che spesso ha stretta relazione coi disturbi uterini.

Dott. Napier. — Crede che le conclusioni dell'A. ponno essere interamente accettate. Vi sono due grandi classi di nevralgie, quelle dovute a irritazione riflessa e quelle dovute a condizioni costituzionali.

Dott. H. Smith. — Essendo molti sintomi di alterazioni pelviche riflessi, chi si applica alla ginecologia è arrivato a riconoscerli come patognomonici, p. es., il dolore all'ombellico come indice di malattia del fondo uterino. Notò che mentre nei 270 casi dell'A. vi sono dai 50 ai 60 casi di mal di capo e disturbi simili, i casi di nausea, epistassi, dolori mammari ecc., sembrano essere troppo poco rappresentati. Tali riflessi si mostrano anche dopo la menopausa. È ottima regola che quando una paziente si lagna di disturbi funzionali remoti, si debba far l'esame vaginale.

Dott. Bowman Jesset. — Crede che se vi fosse presente maggior numero di medici potrebbero riferire casi da essi guariti, dopo che furono curati senza successo da ginecologi. Coll'ooforectomia non si possono curare tutti i casi di dismenorrea: curò con successo coll'operazione alcuni di tali casi mentre in altri colla stessa operazione non ebbe miglioramento. Se l'acne, il prurito, l'erpete, ecc., se tutti questi si devono ritenere dovuti a disordini pelvici, a cosa si devono attribuire tali malattie nell'uomo? Lo stesso rimarco può farsi per i disturbi di capo, difetto della memoria, rinite cronica, ecc.

Piazza.

LEITH NAPIER. — **The operative traitement of Vaginal, Uterine, and Ovarian displacements** *(Cura operativa degli spostamenti vaginali, uterini ed ovarici).* — *The British Gynaecological Journal,* agosto 1893.

Occupandosi solo delle cure chirurgiche, l'A. passa in rivista i metodi impiegati nel rettocele, nel cistocele e quelli combinati per cistocele e rettocele. Nel rettocele, se non basta la perineorafia, si farà la colpoperineorafia, e descrive le operazioni di Hégar, Martin e Doléris. L'A. ha recentemente fatto uso di una sola sutura circolare per la parte cruentata in alto, come nell'operazione di Stoltz per il cistocele, con risultati soddisfacenti.

Nel cistocele si deve fare la colporafia anteriore. Ritiene l'operazione di Stoltz quella che dà i migliori risultati. L'A. l'ha modificata e la descrive (incisione circolare, sutura circolare).

Nel rettocele e cistocele combinati si può fare con vantaggio l'operazione di Stoltz e una colpoperineorafia in una seduta. La chiusura completa della vagina

nelle vecchie e vari altri processi simili furono impiegati. Descrive l'operazione di Le Fort nella quale non ha esperienza personale. Di 40 casi 35 sono dati come guariti, 31 dopo un' operazione. Un' operata partorì a termine, il setto ha dovuto essere tagliato durante il parto. Non è un' operazione senza pericoli: il peritoneo può esser leso posteriormente e Le Fort ebbe per questa causa un caso di morte.

Operazioni per spostamenti uterini. — Gli spostamenti del più grande interesse chirurgico sono le retroflessioni ed il prolasso. Quando vi è antiflessione congenita di solito è accompagnata da collo conico e da stenosi dell'orificio esterno. Simpson divideva l'orificio esterno lateralmente, Marion Sims ed Emmet posteriormente. La tendenza chirurgica moderna è di curare la stenosi colla dilatazione mediante dilatatori o se li deve operare, fare l'amputazione del collo con lembi conici anteriore e posteriore. L'amputazione circolare si fa più rapidamente, ma si corre maggior rischio di susseguente costrizione.

Operazioni per gli spostamenti all' indietro. — Chirurgicamente si possono stimare eguali la retroversione e la retroflessione. Seguendo Trélat, classifica questi casi irriducibili, resistenti ed aderenti e ve ne aggiunge una quarta classe: aderenti con prolasso degli annessi uterini. Fra le operazioni per la retroflessione mobile o leggermente aderente, è da considerarsi in primo luogo quella di Alexander. Polk che ne ha riportati 52 casi nel 1890, trova che nei casi estremi di retroflessione con ovaia dolenti e prolassate, il vantaggio è solo temporaneo. L'operazione dà i suoi migliori risultati nelle retroversioni non complicate. Nei prolassi i suoi più caldi avvocati sono meno soddisfatti. Se si pratica una susseguente colporafia è probabile che si avranno effetti migliori.

Operazioni nelle quali le suture sono introdotte dalla vagina. — Schucking fissa il fondo uterino al cul di sacco vescico-uterino. Zweifel modificò l'operazione aprendo prima il cul di sacco anteriore. Sänger pure modificò facendo un'apertura nel cul di sacco anteriore e nel cul di sacco peritoneale dietro la vescica e fissando il corpo dell' utero alla vagina con filo d' argento. Le altre proposte di Sänger, di procurare aderenze coll' aprire la tasca del Douglas e tamponare con garza lo spazio prima occupato dal fondo retroflesso, e ancora l' altra di iniettare alcool, onde produrre retrazione infiammatoria dei legamenti utero-sacrali e del cellulare retrocervicale e conseguente antiversione dell' utero, fa pensare ad un possibile risultato peggiore dello stato primitivo. L' operazione di Freund non è molto attraente: larga incisione del cul di sacco vaginale posteriore, apertura del peritonio e sutura della faccia posteriore della porzione sopravaginale del collo alla sierosa che ricopre il promontorio sacrale. La tasca del Douglas è tamponata con garza all' jodoformio e la ferita vaginale chiusa. Vi è rischio considerevole di ferire il retto. Freund l' ha eseguita due volte. Nel 90 l'A. descrisse un suo metodo, che praticò una sol volta e del quale non può giudicare il risultato, perchè la paziente

morì poco dopo l'operazione per bronchite e malattia di cuore. In questo caso passò due suture di seta per vagina attraverso il fondo uterino, e fattole sortire all'esterno della cute dell'addome, le annodò. In complesso la colpo-isteropexi della quale l'A. potrebbe citare molte altre varietà, non è così sicura, semplice e soddisfacente, come la gastro-isteropexi o ventrofissazione.

Operazioni addominali per gli spostamenti dell' utero all' indietro. — Delle operazioni extraperitoneali descrive quella del Kelly, che oggi è dallo stesso abbandonata. Nelle retroversioni mobili, se si vuol provare un metodo extraperitoneale, quello di Alexander è il più sicuro. Terrier ha detto a proposito dell' isteropexi extraperitoneale, che ella deve oggi scomparire, opinione che è pure quella dell'A.

Divide le operazioni intraperitoneali in indirette, che hanno per scopo di fissare l'utero mediante operazioni sui suoi legamenti e diretta fissanti l'utero stesso. Una terza classe sarebbe quella nella quale l'utero venne sospeso sia direttamente o col mezzo de' suoi legamenti o con peduncolo ovarico; ecc. nel corso di altre operazioni.

Operazioni sui legamenti. — Wylie, Ruggi, Bode, Polk e Dudley operarono sui legamenti rotondi, altri raccomandano di raccorciare i legamenti larghi e Kelly e Frommel hanno raccorciato i legamenti utero-sacrali. Descritte tali operazioni, dice che quelle di Bode e di Dudley vanno respinte, perchè è necessario interessare l'utero colle legature e quindi sono egualmente pericolose, più difficili e meno atte a mantenere una fissazione permanente che i metodi diretti. Le operazioni di Ruggi, Wylie e Polk richiedono che lo spostamento sia dovuto solamente al rilasciamento dei legamenti rotondi, e che questi tessuti siano sani. Ritiene preferibili le operazioni fissanti direttamente il corpo uterino.

La fissazione laterale è l'operazione descritta da Olshausen e popolarizzata da Sänger. Vi è qualche pericolo di ferire l'arteria epigastrica e la tuba. Ritiene la fissazione mediana diretta il metodo più semplice e più sicuro. L'operazione di Leopold, di Czerny e di Terrier variano poco nei dettagli. Descrive l'operazione di Pozzi; non è partigiano dell' impiego della pinza uncinata. Descrive dettagliatamente una sua operazione, che rassomiglia molto a quella di Terrier, quantunque l'A. non la conoscesse. La differenza sta solo in ciò, che Terrier usa un filo temporaneo attraverso il fondo col quale trae l'utero all' avanti, mentre l'A. lascia questo filo a permanenza, Terrier usa il drenaggio, l'A. no. Dei risultati ottenuti con questo metodo parlerà in un altro lavoro, per ora dice solo di aver avuto assieme ai suoi colleghi risultati molto soddisfacenti in 13 su 14 casi. Le obbiezioni teoriche contro la fissazione uterina intraddominale sono confutate dall'esperienza clinica. La gravidanza può avvenire ed essere portata a termine: almeno 15 tali casi sono a conoscenza dell'A. La mortalità per tale operazione è bassa.

Le operazioni per il prolasso uterino colla ventrofissazione sono ritenute meno soddisfacenti che per la retroflessione. Questo è in parte dovuto all'imperfezione dei primi metodi d'operare o forse in parte alla mancanza preliminare di cure per guarire il collo o il corpo uterino se infiammati. Possono essere richieste in seguito la colpo-perineorafia o l'amputazione della cervice, per togliere complicazioni vaginali o cervicali. L'A. crede che il prolasso uterino semplice può essere radicalmente curato colla fissazione intra-addominale.

Operazioni per il prolasso ovarico. — L'A. ha sempre ritenuto un delitto chirurgico il togliere un'ovaio sano prolassato. Col suturare l'utero o, se non vi è abbassamento uterino notevole, il peritoneo dell'ovaio (il meso-salpinge) alle pareti addominali, si avrà sospeso l'ovaio nella sua posizione normale e che i sintomi giustifichino l'operazione, l'ovaio prolassato può essere sospeso colla fissazione laterale dell'utero come fece Olshausen o con altri metodi (Kelly, Ruggi-Wylie-Polk). In 235 operazioni per spostamenti dell'utero all'indietro, si trovò in 13 casi prolasso marcato dell'ovaio; in 8 le ovaia erano ammalate e vennero tolte, in 5 erano sane e furono lasciate. Il secondo metodo di isterorrafia del Kelly, che è specialmente applicato a raccorciare i legamenti utero ovarici, può essere teoricamente il miglior metodo per il prolasso semplice di un ovaio sano.

Discussione.

Dott. John Phillips. — Ha poca esperienza nelle operazioni per spostamenti. In qualsiasi caso che sia richiesta l'operazione, preferisce la fissazione uterina all'ovarica. Eseguì l'operazione di Alexander sei volte sul cadavere e incontrò considerevoli difficoltà nel rintracciare i legamenti e perciò non la credette mai giustificata sul vivo. Ritiene la rottura delle aderenze una questione grave ed ha desiderio di conoscerne i risultati, sola via per giudicare tale processo. Ritiene il metodo di ventrofissazione descritto da Napier, il migliore per i casi che richiedono l'isteropexi.

Dott. Heywood Smith. — Trovò l'operazione di Stoltz molto vantaggiosa nel prolasso vaginale. Crede di esser stato il primo ad eseguirla in Inghilterra ed ebbe un buon risultato, ma ha visto casi nei quali non rispose, probabilmente per mancanza di tono nelle donne. Ritiene che la perineorafia alla Duke sia un miglioramento di quella alla Tait. Le operazioni per l'antiflessione sono di solito senza successo, se si fa solo la dilatazione per impedire la contrazione, la cervice deve essere prima incisa, poi dilatata. Riguardo alla ventrofissazione crede di esser stato il primo ad operare *ad hoc* (giugno 1880).

Dott. Routh. — Non si è prestata sufficente attenzione al fatto che molti casi di prolasso della vagina sono dovuti ad ipertrofia della mucosa vaginale, come fu notato da Sims. Egli operò una donna togliendo una porzione conica della cervice e la mucosa ipertrofica tutto all'intorno, l'utero allora si annalzò e fu tratto di nuovo in basso con difficoltà. È chiaro che l'utero era mantenuto prolassato dal

peso della mucosa vaginale ipertrofica. In un' altro caso di grosso rettocele, spinto un dito nel retto come guida, afferrò una massa di mucosa vaginale e vi passò delle legature, lasciando che la parte così serrata si staccasse e contraesse la vagina. Una simile operazione può esser fatta nel cistocele dilatando prima l'uretra e introducendo un dito nella vescica come guida.

Dott. Spanton. — Bisogna tener conto dell'eziologia del prolasso, perchè mentre molti casi dipendono dal peso dell' utero, altri sono dovuti a lassità delle pareti vaginali. Dato un utero pesante con legamenti deboli, l'operazione intraperitoneale della ventrofissazione è la migliore, ma quando dipende dalle pareti vaginali si deve prima operare su queste. Quanto all'operazione di Le Fort non vede come il parto possa avvenire, a meno di dividere il setto, e a parte la gravidanza, il setto facilmente si lascia stirare e non raggiunge più lo scopo. Quanto alla sicurezza dell'operazione intraperitoneale, pensa che un caso fatale su 14, condanni assolutamente tale metodo, perchè egli ha operato moltissimi di tali casi per vagina senza un caso di morte.

Dott. Schacht. — Ritiene cosa principale il scegliere con cura i casi adatti e che se l'utero è mobile è riservato un grande avvenire alla ventrofissazione.

Dott. Napier. — Chi desidera conoscere i risultati può leggere il lavoro di Badouin sull' isteropexi, lavoro che contiene l'analisi di quasi 300 casi con uno o due soli fatali. Nella sua serie i casi furono scelti e le operazioni fatte solo quando fallirono gli altri metodi. Le operazioni plastiche e quella di Stoltz sono riconosciute. Spesso il cistocele e il rettocele coesistono col prolasso, ed in ogni caso è necessario di stabilire se è l'utero che tira in basso la vagina o la vagina che tira in basso l' utero. In alcuni casi non è possibile fissare l' utero solamente col restringere la vagina e così non è sempre possibile curare un cistocele e rettocele col fissare l' utero, possono essere necessarie tutte e due le operazioni. Quanto alla sicurezza della ventrofissazione se vi fu un caso di morte, questo può succedere in qualsiasi piccola operazione.

Piazza.

P. RÉCLUS. — **De l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin.** — *Journal de médecine de Paris*, N. 8, 1894.

L'isterectomia vaginale è nei casi di prolasso, operazione semplice ed innocua, ma se il successo operatorio è brillante, altrettanto non può dirsi di quello terapeutico. Il processo di Quénu deve essere sostituito al metodo d'operazione colle pinze, ma tuttavia l'A. si conserva un po' scettico e crede che sia necessario porre un ostacolo un po' più valido di quello fornito dal debole pavimento formato dai peduncoli dei legamenti larghi e dalla cupola vaginale. Conviene ricorrere alla colpoperineorafia che l'A. considera come la parte essenziale dell'intervento, trovando che l' isterectomia vaginale preliminare è assai raramente indicata anche nei casi in cui raggiuntasi la menopausa, l'utero è veramente una parte inutile. Sarà praticata quando vi sono od un cancro o nodi fibrosi od alterazioni degli annessi od

ipertrofie del viscere, ma all'infuori di queste eventualità l'esportazione dell'utero è un' operazione eccezionale che deve essere sostituita dalla colpoperineorafia con escisione di larghi lembi.

Dott. F. Villa.

CHAPUT. — **Hystérectomie vagino-abdominale avec sutura hermétique du péritoine** *(hystérectomie vagino-abdominale fermée).* — *Journal de médecine de Paris,* N. 6, 1894.

L'A. descrive un processo operatorio, che crede nuovo e destinato a sostituirsi interamente all' isterectomia vaginale, il quale avrebbe vantaggi notevoli tanto per riguardo all' emorragia delle prime ore ed a quella consecutiva alla rimozione delle pinze, quanto per prevenire la setticemia. Incisione circolare del collo, presa della parte inferiore del legamento largo con pinza e sua sezione, apertura dell'addome, apertura del cul di sacco vescico-uterino il più in alto che è possibile, scollando il lembo peritoneale, apertura dello scavo di Douglas, presa del legamento largo con tre pinze e sua sezione, sostituzione di lacci di seta alle pinze, sutura del peritoneo con ago curvo di Reverdin portando il filo con speciale pinza a forca. Drenaggio addominale con garza jodoformica solo in caso di rottura d'ascesso nel ventre. L'A. rileva e combatte le obbiezioni che si ponno sollevare contro il metodo che descrive e che seguì in 17 casi.

Dott. F. Villa.

RICHELOT. — **Traitement chirurgical du prolapsus utérin.** — *Journal de médecine de Paris,* N. 5, 1894.

L'A. di cui è ben nota la propensione per l' isterectomia vaginale, attribuisce a questa operazione un valore limitato per riguardo alla cura del prolasso uterino: la praticò in 4 casi, ma la ritiene permessa a condizione che si applichi a donne d' una certa età, per le quali l'utero è divenuto una parte inutile. Ritiene che la colporafia sia assai efficace, purchè si esportino largamente i tessuti esuberanti e si restringa fortemente il condotto. Al caso ripete l'operazione plastica preferendo il metodo d' Hégar. Ricorda che la paziente operata da Péan col processo speciale di vagino-fissazione presentò in breve recidiva completa e critica la pratica seguita da Quenu, il quale esportato l' utero riunì sulla linea mediana i legamenti larghi a modo di sipario, suturando ad esso l'estremo superiore della vagina, dicendo che i legamenti larghi non sono lembi autoplastici ma invece lembi flaccidi, distensibili; e riferendo che in un caso d'isterectomia seguito da morte alla fine della terza

giornata, legamenti larghi, linea di sezione della vagina erano saldati assieme, osserva che mentre la sola natura si incarica di siffatto coalito, il prolasso consecutivo all'isterectomia è tuttavia frequente. Il prolasso uterino può essere accompagnato da lesioni che forniscono l'indicazione dell'isterectomia, ma se l'utero è piccolo, e se l'esuberanza e la flaccidità delle pareti vaginali non è estrema, la colporafia ben fatta è il trattamento per eccellenza. Se l'utero è grosso e se vi è ipertrofia del collo, praticare l'amputazione anche sopravaginale di quest'ultimo, e se il rilasciamento eccessivo dei tessuti rende dubbioso il successo della plastica vaginale, in un primo tempo o dopo la recidiva si deve, pur restando la plastica a base della cura, ricorrere a mezzi ausiliarii quali l'operazione di Alexander o meglio l'isteropexis. Non è l'utero che spinge in fuori la vagina, ma è questa che tira quello, e se la soppressione di un organo voluminoso, pesante, doloroso e che è causa di emorragia, è utile e riesce facile ed anzi più semplice dell'amputazione sopravaginale del collo, bisogna ricordare che l'isterectomia è accessoria, è un primo tempo che sarà seguito da un nuovo intervento, onde converrà praticarla colle legature a fine d'avere libero il campo per farla seguire dalla colporafia immediata.

Dott. F. Villa.

Prof. G. CALDERINI. — **Il triennio 1889-90-91-92 con accenno al ventennio 1872-92.** Nota clinico-statistica. — *Gazzetta Medica di Torino,* N. 40, 41, 46, 1893.

Come è accennato nel titolo, la pubblicazione dell'A. riguarda l'andamento della Clinica ostetrico-ginecologica di Parma per lo spazio di 4 lustri, e con ispeciale riguardo all'ultimo triennio. Il lavoro è diviso in varie parti.

Comparto ostetrico, partorienti e puerpere. — Nel ventennio furonvi 2211 parti e 66 decessi = 2. 98 0[0; seguono riflessioni a proposito della mortalità, la quale andò sempre scemando per riguardo alla infezione puerperale. Vi è un accenno ai neonati, indi alle operazioni ostetriche, che nel triennio furono 121 = 30. 94 0[0. Nel ventennio, sopra 2211 parti furono 327, perciò 14. 77 0[0.

Un capitolo è dedicato al *Comparto dei bambini* = *Brefotrofio Provinciale* annesso all'Ospizio di Maternità; in esso è toccata la questione della sifilide, dello sclerema, della intertrigo dell'allattamento artificiale.

Comparto ginecologico. — Questo fu istituito nel 1880, e fino al termine dell'anno 1892 accolse 874 pazienti, di cui 438 furono operate. Di queste 91 furono laparotomizzate con 8 morte; 347 operate per via vaginale con 3 morte. Così sopra 874 malate, si eseguirono 438 operazioni, colla mortalità complessiva di 11, cioè

di 2.54 0[0. La mortalità delle donne non operate fu quasi uguale a quella operatoria, poichè fu del 2.06 0[0.

Nella pubblicazione è pure esposto il movimento dell'ambulatorio, i risultati del soccorso ostetrico-operativo a domicilio, il prospetto della produzione scientifica dell'Istituto e le date degli avvenimenti meritevoli di peculiare ricordo. Seguono alcuni quadri statistici che compendiano l'attività clinica ed operatoria della clinica parmense.

DECIO.

BUMM. — **Des processus curatifs après laparotomie dans la tuberculose péritoneale bacillaire.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, 1893.

Colla laparotomia si hanno delle guarigioni indiscutibili e reali della tubercolosi peritoneale. Quali sono i fattori della guarigione?

L'A. esaminò un pezzetto di peritoneo esciso da una sua operata di 40 anni, per tubercolosi peritoneale, ma in esso non potè assolutamente trovare il bacillo, quantunque il tubercolo anche microscopicamente fosse caratteristico. Otto settimane dopo la paziente manifesta delle ulcere cutanee tubercolari a livello della sutura laparotomica, le quali secernono pus in cui si trova il bacillo in grandissima quantità. La prova colla tubercolina riesce positiva. Cessata la febbre, ed inciso l'essudato incisticato con esito a 1[2 litro di liquido, si trovano le pareti della cavità seminate di nodosità biancastre. La cavità è isolata dalla cavità addominale per aderenze. La guarigione perdura un anno e mezzo. Si esporta nuovamente un pezzetto della sierosa parietale, su cui trovansi delle nodosità tubercolari ancora ben limitate, in via di processo di atrofia. Alcune sono come strozzate da connettivo solido di apparenza cicatriziale, ma non si rinvengono bacilli tubercolari.

Potrebbesi quindi dire che *la guarigione della tubercolosi peritoneale avviene per infiltrazione delle cellule rotonde e per trasformazione cicatriziale delle nodosità,* e che tali processi hanno una evoluzione rapida dopo l'apertura della cavità addominale.

Sia per la irritazione del peritoneo inerente all'intervento chirurgico e per l'evacuazione dell'assudato, l'A. si pronuncia in favore della 2.ª ipotesi, e però raccomanda lo svuotamento perfetto più che sia possibile, e la fognatura durante i primi giorni.

DECIO.

BIBLIOGRAFIA

Dott. MUZIO PAZZI. — **Studi di Ostetricia.** — Bologna, libreria Treves, 1894, L. 12.

Il dottor Muzio Pazzi, in un bel volume, che con pensiero gentile, dedicò al padre prof. Giuseppe Pazzi, ha raccolto alcuni suoi lavori riflettenti argomenti importanti di ostetricia: il libro è diviso in varii capitoli.

Nel primo è svolto uno studio meccanico-sperimentale e clinico del forcipe traente sull'asse, con una lettera esprimente il giudizio del prof. Calderini.

Il forcipe, senza apparecchio di trazione, del quale si intrattiene l'A., è quello ideato da lui e che presentò dapprima al Congresso di Siena (Pazzi, « Nuovo forcipe. » Estratto dagli *Annali di Ostetr. e Ginec.,* Milano, gennaio 1892), e recentemente al Congresso internazionale di Roma. L'A. arriva alle seguenti conclusioni:

a) Il concetto di costruzione del nuovo forcipe, essendo stato quello di rendere mobili le cucchiaia sul resto delle branche, non per raggiungere una maggior curva pelvica, ma per disporre le cucchiaia medesime in paralellismo colle pareti del bacino, è perfettamente originale.

b) Il meccanismo di costruzione e di azione delle cerniere è dissimile da quegli snodi esistenti lungo le branche di alcuni forcipi.

c) Il nuovo forcipe è semplice, poco pesante, relativamente poco costoso, di uso facile e pratico per tutti.

d) Il nuovo forcipe potrà subire ancora qualche modificazione di dettaglio nella forma, ma non potrà perdere le cerniere nella posizione indicata, ciò che permette le *trazioni sull'asse pelvico,* precisamente secondo lo scopo dell'invenzione, e senza perdere le proprietà ed i vantaggi del forcipe comune.

Segue nel secondo capitolo la descrizione di due preparati in gesso, originali, concernenti il modo di comportarsi del canale genitale, del feto, del forcipe in diversi momenti del meccanesimo del parto.

Il terzo capitolo è dedicato alle anomalie placentali con speciale riguardo alla placenta previa: vi sono dati relativamente alla forma, alla dimensione, al peso, ecc., che possono essere importanti per lo studio della placenta previa, specialmente per ciò che riflette l'etiologia. A proposito della produzione della emorragia, insiste sullo studio delle cause anatomo-patologiche, come aveva fatto in una precedente

pubblicazione. Nel resto però l'A. riassume le idee di Berry Hart e mie, contenute nella mia tesi di libera docenza sulle « Metrorragie da placenta previa » apparsa in questo giornale lo scorso anno; cerca a proposito della cura di riassumere i metodi in un sol gruppo, parendogli che gli autori combinino in un punto, che è quello di terminare il parto; e questo concetto, a parte le discussioni sul *parto forzato e anticipato,* sui quali proprio il dibattito si può mantenere solo a parole, rispondendo, secondo me, i termini a indicare fatti diversi, e cioè il *tempo* l'uno, il *modo* del parto l'altro, potendosi benissimo comprendere ad un tempo un parto *anticipato e forzato,* mi pare riassunto nel metodo di Berlino modificato dalla Scuola di Pavia, e più semplicemente ancora, come bene osserva l'A., nei precetti meno particolareggiati, ma giustamente sintetici del Runge. E in ciò nulla di nuovo.

Nel quinto capitolo si occupa della leva ostetrica e di esperimenti clinici relativi, insistendo sulla necessità di raccogliere tutta la statistica concernente l'uso clinico-pratico della medesima, accennando alle indicazioni speciali che deve avere, nel desiderio che l'istrumento abbia a occupare nell'armamentario ostetrico il posto che gli può competere.

Per ultimo seguono quadri statistici di casuistiva ostetrica dal settembre 1891 al dicembre 1893, illustrati da opportune riflessioni speciali.

A completare l'opera, pregevole per la particolarità degli argomenti e per l'assieme complessivo, tengono dietro numerose tavole dimostrative assai ben riuscite ed interessanti.

Dott. Raineri.

Dott. MUZIO PAZZI. — **Compendio universale di Ostetricia.** — Bologna, libreria Treves, 1894, L. 10.

In questo volume, dedicato a S. E. il Ministro Bacelli, il dott. Pazzi, con un pensiero nuovo nel campo ostetrico, seguendo quanto pel resto delle branche medico-chirurgiche ha fatto colla sua *Bibliografia* il prof. Piero Giacosa, volle riassumere la storia ostetrica fino al presente, i lavori esteri e nazionali salienti dal 1890 al 1893, distribuendoli in rapporto ai varii argomenti. Segue l'elenco di tutte le pubblicazioni di medicina e scienze affini dalla fine del secolo passato al presente.

Il lavoro consta di tre parti; è ben condotto, interessante per gli studiosi, che possono largamente attingere a questa nuova fonte quanto, nella febbrile attività di produzione dei nostri giorni, anche ai più colti, può passare sconosciuto o inosservato.

Dott. Rainbri.

CORRISPONDENZA

Strassburg, li 16 luglio 1894.

Gli istituti clinici universitari della città di Strassburg sono di assai recente data. La clinica ostetrico-ginecologica è diretta dal prof. Freund; essa consta di un grandissimo edificio, posto all'estremo della città, quasi isolato. In questa clinica vengono assistite le partorienti, che vi possono ricoverare nelle ultime sei settimane della gestazione e viene disimpegnato, dal personale addettovi, anche il servizio policlinico della città; contiene pure un comparto ginecologico. La scuola per le levatrici è in altra località affatto separata e non è diretta dal prof. Freund. Il personale della clinica ostetrico-ginecologica assiste annualmente circa 900 parti, sommando i parti che si effettuano nella clinica con quelli che vengono assistiti in città.

La sala d'operazione di questa clinica è delle migliori che si possono vedere. La porta d'ingresso trovasi dirimpetto all'ampio scalone che conduce al primo piano del fabbricato; esso dà adito ad un'ampia sala, riccamente fornita di luce per mezzo di un finestrone mediano, fiancheggiato da due altre grandi finestre, che occupano quasi tutta una parete. Il pavimento è fatto con piastrelle di cemento a graziosissimo disegno. I banchi si elevano ad emiciclo a destra ed a sinistra della porta d'ingresso, per la quale non passano che il Professore, gli assistenti, gl'invitati e le ammalate. Gli studenti entrano per porte laterali che danno sul corridoio esterno. Nel centro dell'emiciclo trovasi il tavolo d'operazione in ferro e zinco verniciato. A destra ed a sinistra della finestra centrale trovansi gli apparecchi per la filtrazione e sterilizzazione dell'acqua, nonchè le catinelle per la disinfezione delle mani. A destra della sala d'operazione trovasi una saletta per la narcosi, a sinistra un'altra saletta per la disinfezione degli istrumenti, il deposito dei medesimi e della medicazione. In questa sala si fanno tutte le operazioni ginecologiche sulle ammalate non appartenenti alla categoria delle forme infeziose; per queste ultime esiste un padiglione affatto separato dalla clinica colla relativa sala d'operazione. Anche le laparotomie vengono eseguite nella grande sala sopra descritta. In questa sala il prof. Freund tiene le sue lezioni di diagnostica ginecologica, presentando in media quattro ammalate per volta. Esse sono quasi sempre presentate nello stato di narcosi cloroformica. Ebbi l'onore di essere presentato al prof. Freund dal prof. Bayer, che conosce perfettamente la lingua italiana.

Ebbi occasione di assistere ad una lezione diagnostica del prof. Freund, durante la quale furono presentati: un caso di mioma sottosieroso dell'utero, un caso di tubercolosi degli annessi, e un caso di sarcoma ovarico con versamento liquido addominale. Quattro studenti presero parte all'esame delle ammalate guidati dal Professore stesso, il quale andava in pari tempo molto abilmente disegnando gli

schemi dei vari casi sopra un' ampia tavola trasparente smerigliata, fatta a saliscendi, posta nello zoccolo della parete davanti alla finestra centrale. Durante questa lezione vidi praticare l'esplorazione vaginale a corpo pendulo, assai raccomandata da Freund. A questa lezione clinica seguì una lezione teorica nell'ampio *auditorium*, situato nel piano superiore della clinica davanti la quale vennero illustrati vari casi di miomi uterini, e un caso di gravidanza tubarica. Il primo assistente della clinica dott. Funcke, che succedette all' egregio prof. Muret (ora a Losanna) mi illustrò tutta la serie degli importantissimi preparati di anatomia normale e patologica dell' apparato genitale femminile, accuratamente raccolti dal prof. Freund stesso col metodo delle sezioni congelate, conservate in alcool, distese sopra reticelle minute di rame, e chiuse ermeticamente in bacinelle di porcellana, coperte con lastre di vetro. Tra questi preparati ne osservai uno eccezionalmente raro di echinococco dell'ovaio proveniente dalla Slesia.

La clinica contiene un vastissimo laboratorio microscopico e batteriologico. La camera del parto è molto vasta, contiene tre letti, ciascuno dei quali diventa all'occasione un letto d'operazione, col togliere la traversa inferiore di ferro.

La disinfezione delle mani vi si fa al sublimato, rarissime le irrigazioni tanto durante il parto che nel puerperio. Dopo ogni parto la biancheria, gli effetti letterecci, vengono sterilizzati, ed il letto accuratamente lavato. Le sale per le ammalate ginecologiche, per le puerpere, quelle per le operate constano di un moderato numero di letti (2, 4, 6), sono molto aereate con caloriferi, acqua calda e fredda fissata in ogni camera, con rispettivo lavatoio. Non esiste brefotrofio, ogni madre, partendo dalla clinica porta con sè il proprio bambino. Regna dovunque la più perfetta pulizia ed un ordine ammirabile. Esistono due sale per bagni, destinate alle ammalate ed una apposita per gli assistenti; questi sono alloggiati nella clinica in un modo che si può chiamare, in paragone di quanto ebbi a provare in Italia, veramente sontuoso. Ognuno di essi ha due camere, fornite di tappeti, mobili eleganti, telefono, campanelli elettrici, gaz e pavimenti di legno, acqua calda e fredda, microscopio con tutto l'occorrente per praticare i preparati e le ricerche relative.

Il piano terreno della clinica possiede un ampio ambulatorio, ed i locali per le gravide, di cui le legittime sono separate dalle illegittime. L'insieme di questo bellissimo istituto è veramente imponente, come è ammirabile nei suoi più minuti dettagli. Il prof. Freund mi ebbe a dire che: « da sei anni a questa parte non provò mai nè il bisogno, nè il desiderio di cambiare o modificarvi la benchè minima cosa.

Rivolgo al prof. Freund, al prof. Bayer, al dott. Funcke e al dott. von Recklingsboud i più distinti ringraziamenti per la cordiale accoglienza da loro ricevuta.

Dott. A. Cioja.

Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

COMMISSIONE PERMANENTE ESECUTIVA — ROMA

Riceviamo con preghiera di pubblicazione:

6 Agosto 1894.

Egregio Collega,

Credo mio dovere richiamare alla sua memoria la nostra Circolare dell'aprile decorso con la quale si avvisavano tutti i Soci che la prima seduta annuale scientifica della Società avrà luogo nella seconda metà del prossimo ottobre.

Il prof. Mangiagalli farà un lavoro riassuntivo sui *Risultati prossimi e remoti dell'isterectomia vaginale per cancro,* e il prof. Truzzi su *La castrazione nell'osteomalacia.*

Oltre questi due temi di discussione generale è bene che i singoli Soci concorrano a rendere più importante la riunione con numerosi lavori originali, che, a norma del Regolamento, verranno al più presto stampati negli Atti della Società.

A tal fine la prego di adoprarsi per sè e presso i colleghi, affinchè non più tardi del 15 settembre prossimo ci giungano i titoli esatti delle comunicazioni da fare, perchè ne possiamo curare la stampa e la distribuzione a tempo debito a tutti i Soci.

Fiducioso che la S. V. prenderà parte attiva al nostro primo Congresso, conducendo seco tutti coloro che possano e vogliano far parte della *Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia,* le porgo fin d'ora i più cordiali ringraziamenti e con distinti ossequi la saluto.

IL PRESIDENTE: E. PASQUALI.

INDIRIZZI:

Presidente: Prof. **Ercole Pasquali**, Corso Vittorio Emanuele, 305, Roma.
Vice-Presidente Cassiere: Dott. **Felice La Torre**, Via Venti Settembre, 3, Roma.
Segretario: Dott. **F. Saverio Rocchi**, Via Cavour, 116, Roma.

Prof. Luigi Mangiagalli, ***Direttore responsabile.***

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Settembre 1894. Num. 9.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
16 OCT 94

LABORATORIO DI ANATOMIA PATOLOGICA
diretto dal Prof. Brazzola (Bologna)

Contributo allo studio dell'anatomia normale e patologica delle trombe di Falloppio

NELLA VITA FETALE, ADULTA E IN GRAVIDANZA

PEL
Dott. CARLO FERRARESI

Alcuni punti dell'istologia normale delle trombe falloppiane rimangono ancora controversi per le conclusioni di recenti lavori, mentre il campo dell'anatomia patologica, segnato alle ricerche dalla notissima comunicazione di Freund (1) è lungi dal dirsi esaurito.

Tutto questo è ragione al presente lavoro, una nota preventiva del quale comparve già all'11.° Congresso medico Internaz. (2) e nelle sedute del marzo di quest'anno della Società medico-chirurgica di Bologna (3).

Ho studiato trombe adulte, anche di gravide, ricavate pel maggior numero da laparotomie, e trombe fetali: anche i pezzi tolti dal cadavere furono subito dopo la osservazione macroscopica e misurazione, sottoposti in buona parte a rapida fissazione per ovviare alle facili alterazioni dei delicati epitelii tubarici. Per lo più fu adoperato il liquido di

(1) WILH. ALEX. FREUND. « Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkraukten Tuben. » *Sammlung klinisker Vorträge* in verb. m. deut klin. h. v. Richard von Volkmann, N. 323, 25 October 1888.

(2) V. *Revue de Chirurgie*, N. 6, Paris, 1894.

(3) V. *Bollettino della Società ecc.* — *Gazzetta degli Ospedali.* — *Italie médico-chirurgicale*, N. 3.

Müller e l'alcool, raramente il sublimato. Per l'inclusione la celloidina, meno la paraffina. Finalmente le sezioni furono colorate coll'ematossilina-eosina, allume-carminio e talora picrocarmino. In genere furono tolti da ogni tromba tre pezzi: dall'istmo (colla porzione intramurale quando fu possibile) dalla parte media, dal segmento addominale, secondo l'uso degli autori, però dove qualche particolare esigeva la osservazione di altri punti, questi pure furono separati e fissati. Colle piccole tube fetali fu pure raccolto l'ovaio e ligamento largo corrispondente. In tutto passarono sotto esame 59 tube, alcune sole, tra esse, appaiate.

Le tube fetali appartengono a diverse età: 3.° mese compiuto, metà del 5.°, 6.°, 8.°, a termine. Questi feti erano morti per asfissia in travaglio o subito dopo, nel rimanente normali. Due paia di tube appartengono ad una bambina di un anno, morta di pneumonia, e ad una di 19 giorni che, nata un poco prematuramente, soccombette per la stessa malattia. Due sono le trombe di gestanti osservate, l'una appartiene alla vivente (41 anni, pluripara): fu asportata coll'amputazione utero-ovarica, motivata da rottura di utero in travaglio, a termine; l'altra ad una donna (35 anni) che soccombette in travaglio per emorragia da placenta previa centrale, all'ultimo mese, entrambe normali. Tutti gli altri pezzi appartengono a donne operate per varie lesioni dell'apparecchio genitale, moltissimi tra essi non erano alterati da malattie, ma anormalmente sviluppati, altri in tutto normali.

Debbo questo materiale, all'infuori di quello che fu ricavato dalla mia pratica e da quella del collega Pazzi, alla clinica ostetrica e chirurgica dell'Univ. di Bologna, principalmente però alla sezione chirurgica dello Spedale Maggiore diretta dal Ruggi, che ringrazio. Al chiarissimo prof. Brazzola ed al suo assistente prof. Gherardini che con molto amore e sapere mi furono larghi di consiglio e di aiuto, sono lieto di attestare qui la mia più viva e schietta riconoscenza.

Ho creduto superfluo riportare qui come fa Orthmann (1), i fatti clinici, riguardanti i casi in discorso, per l'indole del lavoro e riferendosi essi verosimilmente, per la maggior parte, a lesioni della sfera genitale estranea alla tuba.

---

(1) E. G. ORTHMANN. « Beiträge zür normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. » *Archiv. für path. Anatomie u. Phys. u. f. Klin. Medic.* h. v. B. Virchow, 1887, 108. B. d., 1 Hft. VIII, S. 165.

Ho piuttosto raccolto nella tavola seguente, per brevità, tutte le principali anomalie di formazione delle tube osservate e altre anormalità acquisite, in minor numero. La sede delle anomalie è indicata coi nomi di segmento antero-superiore, postero-superiore, ecc. figurando la tuba cilindrica, posta sopra un piano orizzontale, colla fimbria ovarica diretta in basso, e divisa da due piani incrociantisi ad angolo retto nell' asse della tuba stessa, uno di essi verticale, in 4 segmenti. È certo che la situazione fisiologica della tuba, la sua torsione, non permettono di ritenere esatta questa distribuzione di regioni, ma si può ammettere in senso approssimativo e per ragione di brevità. La lunghezza fu detta apparente quando la tuba non era completa, reale quando esisteva anche la porzione interstiziale:

N. progressivo	NOME DELLA TUBA DIMENSIONI CURVATURE LUME	APPENDICI TUBE, OSTII SOPRANNUMERARII	FORMAZIONI CISTICHE	PADIGLIONE E FIMBRIA OVARICA	MALATTIE DELLA TUBA E VICINANZE
1	Destra 70 mm. (reale).	Un' appendice circa alla metà.	—	—	—
2	100 mm. (reale) spessore di 6 mm. alla parte media.	Una appendice nel segmento antero infer. a 2 mm. dal padigl. lunga 4,5 mm. larga 1,5. Un'altra nel segmento antero-sup. a 12 mm. dal padigl. lunga 2,5 mm., larga 2 alla base.	2 cistine ovulari alla base della prima appendice.	Padiglione molto frastagliato.	—
3	88 mm. (quasi reale).	—	—	Padiglione strozzato da un ponte orizzontale largo mm. 1,5 (risultante da adesioni fimbriali) a 8 mm. dall'orlo superiore, a 5 dall'inf.	—
4	60 mm. (apparente).	—	—	Padigl. esuberante, fimbria ovarica lunga 36 mm., con 12 pieghe longitudinali, due formanti doccia fino all' ovaio.	—
5	40 mm. (apparente). Nel tratto medio il lume è duplice.	—	—	—	—
6	73 mm. (reale) molto contorta. Il lume si restringe alla parte media, e verso l'estremo addominale.	—	—	Padiglione piccolissimo.	—

N. progressivo	NOME DELLA TUBA DIMENSIONI CURVATURE LUME	APPENDICI TUBE, OSTII SOPRANNUMERARII	FORMAZIONI CISTICHE	PADIGLIONE E FIMBRIA OVARICA	MALATTIE DELLA TUBA E VICINANZE
7	75 mm. (reale) grossa, fortemente contorta alla parte media per un tratto di 25 mm. con un solco profondo. Avanti questo tratto il lume è duplice, poi semplice.	—	—	Fimbria lunga 21 mm., molto contorta e pieghe a direzione spirale. Non esiste doccia, diretta verso l'ovaio.	--
8	55 mm. (apparente) grossa, molto contorta; lume ristretto alla parte media.	—	—	Fusione apicale di due frangie del lato ant. del padiglione. Fimbria 22 mm. con doccia continua.	Leggera perisalpingite. Stravaso ematico nella regione del parovario.
9	60 mm. (apparente) grossa e contorta.	—	—	Pieghe del padiglione sporgentissime.	--
10	45 mm. destra (apparente) sottile.	--	Una cisti sessile a 3 mm. dal padiglione misura 15 per 10 mm., un'altra, lunga col picciuolo 2 mm. a 1,5 mm. dal padiglione, entrambe nel segmento postero-sup. Molte cisti ovulari anche all'estremo uterino.	Il padiglione devia dall' ovaio, verso l'esterno e in avanti, però esiste la fimbria ovar., contorta e a doccia continuata.	—
11	Sinistra. 40 mm. (apparente).	—	Cisti sessile di 11 per 9 mm. nel segmento antero-sup. In prossimità due piccole cisti aderenti (5 mm. insieme).	--	—
12	Sinist. 55 mm. (quasi reale).	Frangia esuberante nel margine post. della fimbria ovarica. Nel segmento antero-inferiore a 3 mm. dal padiglione nascono con un picciuolo comune (1,5 mm.) due cordoni cilindrici fimbriati; uno anteriore misura 8 per 1,5 mm. con padigl. di 2 mm. il posteriore 5 per 1 mm. con padiglione di 1 mm.	Cisti ovulare a 2 mm. dal colletto del padiglione, prossima alla fimbria.	Padiglione a pieghe stipate, fimbria lunga 7 mm.	—
13	45 mm. (apparente).	--	A metà circa, una cisti peduncolata di 2 mm. di diametro, con 6 di picciuolo sottilissimo.	--	—

N. progressivo	NOME DELLA TUBA DIMENSIONI CURVATURE LUME	APPENDICI TUBE, OSTII SOPRANNUMERARII	FORMAZIONI CISTICHE	PADIGLIONE E FIMBRIA OVARICA	MALATTIE DELLA TUBA E VICINANZE
14	Sinist. 80 mm. (quasi reale). 11 mm. di diametro a livello del peduncolo cistico. Ha 5 giri di torsione con un angolo acuto alla metà. Il lume si restringe nella metà addom.	Parecchie piccole appendici fimbriate aderiscono alla base del peduncolo.	Cisti sferica di 13. 5 mm. di diam., pareti spesse 1 mm., pedunc. lungo 19,5 mm. spesso 5, inserito a 14 mm., dallo estremo addominale nel segmento antero-sup. Alla base e in avanti del peduncolo è un' altra cisti di 2 mm. con 5 di picciuolo.	Il padiglione ha fimbrie adese tra loro ed all'ovaio.	La cisti grossa ha lasse aderenze collo intestino.
15	Destra. 60 mm. (quasi reale).	V. fimbria ovarica.	Due cisti ovulari allo estremo uter., lungo la inserzione posteriore del legamento largo.	Il padiglione è a doccia. La fimbria ovarica lunga 21 mm. ha due forti prolungamenti linguiformi in avanti. Il tessuto fimbriale si riconosce per 1[2 mm. nel lig. largo.	—
16	55 mm. (quasi reale), grossa 8 mm.	—	—	Padiglione raggiato, misura cm. 3 p. 1,5.	—
17	40 mm. (apparente). Due giri di torsione, appena accennati.	—	—	Il padiglione è lungo colla fimbria 43 mm. La fimbria è appianata sull'ovaio.	Estesa adesione all'ovaio. Salpingite catarrale.
18	55 mm. (apparente). Spessa 8 mm. alla parte media, torsione scarsa.	—	—	Padiglione stenotico e atrofico.	Salpingite catarrale cronica.
19	Sinistra. 65 mm. (apparente) 11 mm. di diam. Torsione scarsa, lume ristretto a tratti.	—	—	Padiglione fuso coll'ovaio. A livello della fusione si notano 3 grosse cisti.	Salping. catarrale.
20	Destra. 80 mm. (quasi reale), grossa 9-12 mm. senza torsione compagna alla precedente.	Un fiocco di appendici, lungo circa 1 cent. dal padiglione si dirige verso l'ovaio.	Una cisti ovulare. Altra cisti sessile parzialmente tuboovarica con 10 mm. di base, è piriforme si attacca all'ovaio atrofico nell'angolo tra tuba e ovaio.	Il padiglione stenotico non comunica coll'ovaio.	—
21	60 mm. (apparente) diametro 14 mm. Senza curve. Lume duplice a metà e allo estremo addominale.	—	—	Padiglione scarso a pieghe; queste sono tozze, a doppio centro di irradiazione.	Salpin. tubercolare.
22	Destra. 64 mm. (quasi reale grossa 11-5 mm., 4 giri di torsione.	Un cordone lungo 12 mm. spesso 2,5 nasce a 13 mm. dal padigl. aderisce alla cisti inferiore. A 20 mm. dal padiglione altra appendice di 3 mm. Entrambe nel segmento antero-inferiore.	Due cisti sulla fimbria ovarica, a 4 e 9 mm. di distanza dall'ovaio. La inferiore ha contenuto mucoso. Entrambe sono di vol. medio.	Padigl. molto frangiato. La fimbria ovarica misura 37 mm. è interrotta dalle due cisti.	—

N. progressivo	NOME DELLA TUBA DIMENSIONI CURVATURE LUME	APPENDICI TUBE, OSTII. SOPRANNUMERARII	FORMAZIONI CISTICHE	PADIGLIONE E FIMBRIA OVARICA	MALATTIE DELLA TUBA E VICINANZE
23	50 mm. (apparente) diam. 7 mm. poco contorta.	—	—	Manca dal pezzo.	Salpin. tubercolare, tutta la superficie esterna è seminata di tubercoli.
24	Sinistra 65 mm., dia- 12. Ha 5 giri di torsione.	—	—	Il padiglione è trasformato parzialmente in una massa conica aderente all'ovaio.	Salpin. catarrale.
25	53 mm., diam. oscillanti tra 11 e 17 mm., parete ispessita.	—	—	Padiglione stenotico lungo 12,5 mm., largo 2.	Salpin. catarrale.
26	Destra. 40 mm. (quasi reale), diametri oscillanti tra 9 e 17 mm., 5 giri di torsione, più marcata verso l' utero. Permeabile ovunque.	—	—	Padiglione 30 per 20 mm. frangie ingrossate.	Salpin. tubercolare, superficie nodosa.
27	Sinist. 70 mm. (quasi reale). Diametro oscill. tra 5 e 7 mm. Forte spiralità.	6 ostii accessori.	—	Padiglione 25 per 20 mm. Molto frastag. Fimbria breve.	--
28	Destra. 95 mm. (apparente). Diametri tra 6 e 9,5 mm. Leggermente concava in addietro.	—	Piccola cisti sessile a 5 mm. dal padiglione lungo la linea di aderenza.	Padiglione 28 per 15 mm. Ha due centri di irradiazione, uno in alto e indietro, uno in basso e avanti, (coll'ostio). La fimbria è diffusa sul tumore.	Enorme fibromioma ovarico. Adesione completa colla tuba ipertrofica.
29	90 mm. (reale) diam. 65 mm. 6 giri di spirale. Il lume per curva ad S diventa duplice allo estremo ovarico.	—	—	Fuso coll' ovaio.	Perisalpingite.
30	Destra. 66 mm. (reale). 5 giri di spirale poco marcati. Lume del tutto obliterato. Diametri 7-16 mm.	—	—	Quasi lineare (lungo 17 mm. colla fimbria) diretto obliquamente; interrotto da una briglia peritonica.	Salpin. tubercolare. Cisti para-ovarica diam. 27 per 16 mm.
31	Destra. 100 mm. (quasi reale), diam. 5-8 mm. Ha 5 giri marcati di torsione. Lume ristretto a tratti e interrotto verso l'es. addominale.	—	—	Il padiglione per adesioni fimbriali è trasformato in un sacco cistico indipendente dall'ovaio.	--
32	Sinist. 75 mm. (reale) diam. 11 mm. 4 giri di torsione. Il lume è ovale specialmente verso l'es. addominale.	—	—	Il padiglione completamente atresico è sostituito da una depressione lineare.	Salping. catarrale Perisalpingite.

N. progressivo	NOME DELLA TUBA DIMENSIONI CURVATURE LUME	APPENDICI TUBE, OSTII SOPRANNUMERARII	FORMAZIONI CISTICHE	PADIGLIONE E FIMBRIA OVARICA	MALATTIE DELLA TUBA E VICINANZE
33	Destra. 42 mm. (reale), diam. 5-10 mm. 3 giri di torsione. Forma un angolo alla metà.	—	—	Il padiglione colla fimbria misura 35 mm. Ha due centri di irradiazione.	Salpin. tubercolare.
34	Destra. 110 mm. (apparente). Lume interrotto dalla raccolta ematica.	—	—	Il padigl. è sostituito da una cisti ematica di 20 mm. di diam.	Salpin. emorragica.
35	Sinistra. 40 mm. (apparente). Spessore medio 6 mm. rettilinea.	—	Una cisti di 8 per 10 mm. a peduncolo corto e grosso (3 mm.) nel segmento antero-sup. Una cisti più piccola nel segmento antero-inf. ambe a 15 mm. dal padiglione.	Padiglione piccolo a pieghe scarse e grosse.	—
36	Destra. 49 mm. (apparente), grossa 9 mm. 4 giri di torsione piegata ad angolo acuto a metà, a livello del quale le piaghe mucose si incrociano.	Un' appendice lunga 8 mm., grossa 1 mm. contorta a 7 mm. dal colletto del padigl. nel segmento antero-inferiore.	Una cisti appianatissima di 5 mm. di base all'orlo del padiglione, a livello di un ponte di adesioni fimbriali.	Il padiglione ha tipo imbutiforme allungato, con diametri 22 per 10 mm., due centri di irradiazione separati solo in alto. Numerose adesioni apicali delle fimbrie. La fimbria ovarica è appena accennata.	—
37	Sinist. 60 mm. (quasi reale). Spessa 10,5 mm. Ha 5 giri di torsione, lume ristretto fino ad una sacca terminale.	—	—	Il padiglione è rappresentato da un infossamento piccolo a rilievi raggiati. Ostio add. atresico.	Salping. catarrale, incipiente idrosalpinge.
38	Destra. 37 mm. (appartenente a feto novimestre).	—	Due piccole cisti a lunghi peduncoli inseriti insieme presso il margine anteriore del pad. Una cisti maggiore alla terminazione della fimbria ov.	—	—
39	Destra. 24 mm. (bambina di 19 giorni, nata prematura).	—	Una piccola cisti peduncolata presso il padiglione.	—	—
40	Destra. 39 mm. (bambina di un anno).	—	Piccola cisti peduncolata presso l'orlo del padiglione.	—	—

Qui si rileva subito il forte contingente di anomalie, relativamente al numero dei casi osservati. Intorno alla frequenza delle anomalie tubariche non vi è molto accordo fra gli autori: così per riguardo ai padiglioni soprannumerarii, mentre Richard (1) li notò in 1[6 dei casi, Sappey (2) in due serie di ricerche fatte prima da solo, poi in unione con Nelaton trovò la proporzione di 1[11 poi di 1[16, Ballantyne e Williams (3) 1[33, finalmente Hyrtl (4) non riscontrò che una sola volta in tutti i suoi casi, il padiglione accessorio.

Occorrerebbe a formare un concetto meno incompleto di questi casi, in buona parte molto interessanti, dare una descrizione particolareggiata di ciascuno, ma questa non sarebbe ancora sufficiente se scompagnata da opportuni disegni che disgraziatamente non posseggo che allo stato di abbozzi. Rinuncio dunque alla descrizione minuta, eccetto che per la tuba 27.ª in ragione della sua eccezionale importanza: appartiene al lato sinistro, l'istmo misura 13 mm. in lunghezza, 5,5 mm. in larghezza, e in questo tratto si notano due contorsioni, dopo le quali si continua in una porzione più grossa, contorta anch'essa che si mantiene tale fin presso ad un padiglione molto ricco di pieghe. Quest'ultimo però non presenta affatto quella disposizione di pieghe e frangie complicata, che fa pensare ad un padiglione congenitamente duplice, come in altri esemplari dove vorrei designare questa condizione col nome di « doppio centro di irradiazione, » giacchè l'ostio o il punto ad esso corrispondente, forma come un centro per le pieghe che irradiano verso la periferia. Il passaggio dalla porzione sottile della tromba in quella più grossa si fa in modo brusco.

La fimbria ovarica esiste ma assai breve, prolunga di circa mezzo centimetro il diametro maggiore della apertura esterna del padiglione che è di 20 mm. In questa tuba si aprono degli ostii accessorii che per il numero straordinario e pei rapporti loro differiscono da tutti quelli

---

(1) V. Richard A. « Pavillons multiples rencontrés sur des trompes utérines des femmes. » Comptes rendus Soc. de Biol., 1851, Paris. — Richard G. « Anat. des trompes de l'ut. etc. » Paris, 1851.

(2) Sappey. « Trattato di anatomia. » Trad.

(3) Ballantyne a. Williams. « The histology and pathology of the Fallopian tubes. » *The British medical Journal,* Jan. 17, 1891.

(4) Hyrtl. « Trattato di anatomia dell'uomo. » Trad., lib. V, 1872.

illustrati con descrizioni o figure da Freund (1), Winckel (2), Schroeder (3); questi autori riferiscono per lo più casi di un ostio accessorio unico, situato all'apice di un angolo formato dalla tuba ripiegantesi in basso nel suo terzo esterno. Nel caso in discorso a 29 mm. dall' orlo del padiglione nel segmento postero-superiore si osserva un ammasso di frangie poco sporgente dalla superficie tubarica, con 5 mm. di diametro di larghezza per otto di lunghezza: quest' ultima incrocia l' asse della tuba. Nel stesso segmento a 3 mm. dall'ostio precedente verso il padiglione e più prossima alla linea mediana, dopo una contorsione e curva ad angolo della tuba si nota una seconda sporgenza frangiata, ma con peduncolo, con tutto l' aspetto di un piccolo padiglione ordinario e con questi diametri: 9 × 12 mm., disposto rispetto alla tromba madre nella stessa maniera del precedente padiglione: il suo orlo è poco frastagliato. Da questo è separato, per un solco, un terzo padiglione meno ricco (9 × 6 mm.) collocato nel segmento antero-superiore, e disposto più obliquamente, col maggior diametro inclinato verso il basso e in avanti, ma colla sua apertura è posto completamente dirimpetto all' altro. Le sue pieghe sono distinte in 4 gruppi. Ancora nel segmento postero-superiore, che conteneva i due primi padiglioni descritti, più verso la linea mediana, osservasi il quarto padiglione in tutto appianato e in tutto simile al primo. Questi 4 padiglioni non sono dunque disposti sulla stessa linea, ma come agli angoli di un quadrilatero i cui lati misurano 1 cm. circa ciascuno. Tale disposizione ritenendo anche gli ostii come originariamente situati sulla stessa linea, si spiega, con molta verosimiglianza, per la torsione marcata che si è verificata certamente in questa tuba, per le traccie (solchi) che ne rimangono. Dalla porzione contenente gli ostii descritti, si passa a quella terminale, più grossa e depressa sui lati, che reca il 5.° e 6.° padiglione accessorio non più sopra un piano orizzontale, come la porzione precedente, ma sopra un piano verticale nei due segmenti posteriori. Essi hanno la forma di sporgenze mammellonate distanti fra loro 5 mm. circa e dall' orlo del padiglione

---

(1) Freund. Loco cit.

(2) Winckel. « Lehrbuch der Frauenkraukeiten, » 1866.

(3) Schroeder-Hofmeyer. « Trattato delle malattie degli organi genitali femminili. » Traduz. Meyer-Crapols. Napoli, 1893, p. 460.

normale 10 mm. quello situato superiormente, e 8 quello inferiore. Questo ultimo ha le dimensioni maggiori, è terminato da un fiocco di frangie dai diametri 7 × 3, mentre l'inferiore misura solo 2,5 × 2 mm.

Dopo questo caso veramente straordinario, merita bene un cenno a parte la tuba 40.ª di bambina, riguardo ad una spiccata asimmetria dei genitali interni che vi si connette: si presenta in tutto simile al caso descritto da Popoff (1) in una bambina di 3 anni: in entrambi notasi l'asimmetria con prevalenza del lato destro.

Nel mio caso la tuba destra misura 39 mm. in confronto della sinistra che è lunga 30, l'angolo uterino più accentuato a destra e l'ovaio pure più grosso in questo lato. Le curvature della tuba per i due terzi interni sono più accentuate a sinistra, il lato più sviluppato è dunque il meno incurvato a differenza di un altro caso, riferito pure da Popoff (2) nel lavoro citato, analogo per arresto di sviluppo a sinistra in un feto di 7 mesi, dove la tuba deficiente nello sviluppo è stirata invece che incurvata. Di questi fatti non rarissimi Winckel (3), specialmente rispetto alle tube, dà la ragione nell'impari lunghezza dei tubi di Müller assoluta oppure relativa al livello di fusione dei tubi stessi nella formazione dell'utero, nel loro ineguale impianto o anormale fissazione da peritonite fetale durante l'accrescimento. Questa ingegnosa teoria meccanica trova opportuno riscontro nei fatti che possono osservarsi durante la vita estrauterina. La presenza od assenza delle curvature nella tuba deficiente di sviluppo sono relative, secondo Popoff, all'epoca nella quale si verificò l'anormale fissazione della tuba: sapendosi che quest'ultima ha una tendenza agli incurvamenti variante coi diversi periodi dello sviluppo nella vita fetale. Nella tuba in discorso si nota anche una piccola cisti peduncolata che per la sua sede merita il nome di Idatide di Morgagni: a questo proposito non sarà fuor di luogo ricordare che Ballantyne e Williams (4) insistono sopra la distinzione di una Idatide di Morgagni

---

(1) Demetrius Popoff. « Zur Morphologie und Histologie der Tuben und des Parovariums beim Menchen während des intra und extrauterinen Lebens bis zur Pubertät. » *Archiv f. Gynaek.*, 44 Bd., Zweites Heft. Berlin, 1893, S. 275-301.

(2) Popoff. Loco cit., S. 283.

(3) Winckel. Loco cit., S. 568 (« Bildungsfehler der Eileiter »).

(4) Ballantine a. Williams. Loco cit.

volgarmente detta, che si riscontra nel 57 0[0 dei loro casi, e di una vera Idatide che essi hanno riconosciuta in 8 sopra 100 adulti e 20 0[0 dei feti e bambine. Questa vera Idatide sarebbe sempre attaccata per un peduncolo alle fimbrie della tuba o alla tuba stessa, variando in volume da un pisello ad una fava. La prima sorta di Idatidi invece si inserisce alla superficie anteriore del mesosalpinge, quale una derivazione dei tubuli di Rosenmüller o residui del corpo di Wolff. Le cisti da me notate nei feti appartengono tutte all'altra specie.

Con uno sguardo generale alla tavola in discorso, è facile riconoscere che gran parte delle anomalie cadono nel novero di quelle forme intraviste da Lawson-Tait (1) e dimostrate da Freund (2) quali espressioni di stati fetali e infantili permanenti. Benchè sul fenomeno della torsione che domina lo sviluppo di questi organi esista ancora qualche incertezza, riguardo al principio e al decorso del suo svolgimento, espressa già da Popoff (3) recentemente, e che io posso confermare per le tube fetali osservate, rimane però inalterata la sua importanza nella vita intra ed estrauterina quale fattore di deformità. Le conoscenze intorno al processo di torsione non sono in tutto certe, perchè ho osservato anch'io come Popoff che le tube dei mesi non avanzati di vita fetale presentano bensì linee sinuose o tortuose, ma queste possono essere riferite ad un solo piano in tutti i loro punti, non a piani diversi come vorrebbe la tortuosità spirale, o almeno questa ultima non si verifica, con evidenza, che intorno all'8.° mese, o meglio più tardi. La sproporzione di lunghezza tra rivestimento peritoneale e tuba è logicamente, giusta il concetto di questi autori, una delle più ovvie ragioni delle curve tubariche. Anche Haultain (4) ritiene che lo stato lasso del tessuto che unisce il peritoneo alla tuba faciliti la torsione che, secondo lui, si produce anche tardivamente, in seguito a non uniforme involuzione nel periodo puerperale. Per incidenza noterò che non ho trovato nei casi esposti di anomalie congenite delle tube, concomitanza di quel-

---

(1) LAWSON-TAIT. *The British Med. Jour.*, t. I, 1887.

(2) FREUND. Loco cit.

(3) POPOFF. Loco cit.

(4) HAULTAIN. V. « Einige Punkte in der pathologischen Anatomie der Tuben. » *Centralblatt f. allg. Path. und Pathol. Anat.*, N. 23, 1 nov. 1890.

l'insieme di anomalie esteriori del corpo così chiaramente descritte da Freund (1), intendo anomalie apprezzabili ad indagine grossolana, giacchè non ho fatto ricerche speciali a questo proposito, tanto meno negli organi interni.

Continuando l'indagine macroscopica, rispetto al *Padiglione* noto che non fu sempre riscontrato il ristringimento corrispondente a quello che Ballantyne e Williams chiamano « neck of constriction » e dichiarano costante nei feti, cominciando dal 6.° mese, e nei bambini per osservazioni portate su ben 110 paia di tube di tutte le età, tra le quali 11 fetali. Certamente è un residuo del 6.° o 7.° giro di torsione a spirale fisiologico, il più costante, secondo Freund. L'assenza di questo restringimento nel caso 36.° è ancora più notevole in quantochè sono presenti nel corpo della tromba le traccie degli altri giri di torsione che avrebbero dovuto scomparire più presto. Ne risulta un aspetto imbutiforme allungato. Quantunque non vengano descritti dagli autori, determinati tipi di padiglione, credo che questi si debbano ammettere in base anche alla indagine più grossolana, come appare da questa raccolta: è poi una distinzione non al tutto scevra di importanza in vista dei suoi rapporti colla funzione all'ammissione dell'uovo.

Nel trattato di Schroeder-Hofmeyer (2) si accenna però alla « terminazione a doccia della tuba » della quale il caso 15.° offre un esempio. Nella tavola compaiono pure un caso di eccessiva formazione di frangie (4.°) che per brevità direi « padiglione esuberante, » un altro di formazione difettosa (6.°) « padiglione piccolo. » A questo proposito cade opportuno notare che le frangie del padiglione normale da Ballantyne e Williams (3) sono distinte in primarie e secondarie, assegnando alle prime il numero di 3 a 5 (compresa la ovarica): le secondarie, interposte a queste hanno minori dimensioni, ma si somigliano tutte allo estremo libero lanceolato o allungato e tronco, e di molto varia misura. Il numero delle fimbrie, la grandezza e i diametri di insieme del padiglione (normalmente pari a 18, 20 mm.) sono sensibilmente modificati nei detti casi. In quanto ai ponti formati dalla adesione di apici di frangie

---

(1) Freund. Loco cit., S. 18.

(2) Schroeder-Hofmeyer. Loco cit., p. 460.

(3) Ballantyne and Williams. Loco cit.

vicine od opposte, non mi occuperò, trattandosi di fatti troppo comuni e noti, solo, nel caso 31.°, avendo il processo di adesione occupato tutto l'orlo del padiglione, ne risulta il fatto interessante che il padiglione è diventato un sacco chiuso come cisti e senza alcuna fusione coll'ovaio. Rispetto alle anomalie delle pieghe della superficie interna del padiglione fu accennato ai « centri multipli di irradiazione » di cui la tavola offre tre esempi: 28.°, 33.°, 36.°. L'ostio addominale è sempre unico, corrispondente a quello dei centri, situato più basso. Nel caso 36.° sopracitato di padiglione allungato imbutiforme, i centri non sono in tutto separati, ma in basso si fondono, dimodochè la bipartizione del padiglione è accennata semplicemente da un gruppo di pliche salienti fra i due centri. Il significato di queste deformità è in accordo, a mio vedere, con quello che sarà detto più innanzi delle appendici, ostii soprannumerarii, ecc. non variando che di grado. Le dette pieghe finalmente, che sono la continuazione di quelle del lume tubarico, non presentano un aspetto costantemente uguale in tutti i casi: in alcune tube nei limiti normali si osservano pieghe più sottili, più numerose e ramificate che in altre, cosicchè anche per ciò il padiglione viene a ritrarne diverse fisionomie. La fimbria inferiore od ovarica (Sappey) la più interessante di tutte per la funzione che le viene attribuita universalmente, in due casi (17.°, 28.°) di aderenza completa del salpinge coll'ovaio, si trova piccola ed appianata, come diffusa sulla superficie dell'ovaio, specialmente nel caso 28.° dove l'ovaio è trasformato in un grosso tumore. La sua funzione in questi casi era, senza dubbio, abolita. Resta ora a dire di elementi, in tutto abnormi della tuba e principalmente di uno che gli autori non hanno fatto sinora oggetto di speciale menzione: la superficie esterna della tuba oltre i rialzi più o meno forti prodotti dalle torsioni molto marcate (Freund) e quelli che mettono capo ad aperture abnormi, presenta pure con una certa frequenza delle sporgenze che io chiamo *appendici* o *fimbrie soprannumerarie.* Sono questi elementi, a mio parere, meritevoli di attenzione per l'importante significato che sarà definito più avanti.

La forma raramente è quella appiattita, propria di una frangia, per lo più di un cordone il cui estremo si presenta frangiato, con l'aspetto quindi di una piccola tuba che si inserisce ad angoli non troppo acuti sulla vera tromba. Sottoposti a sezione questi cordoni si trovano sprov-

visti di lume, nè vi è traccia alcuna di canalizzazione; la loro lunghezza varia da 2,5 mm. a 12 mm., lo spessore da 1 mm. a 2,5, per lo più maggiore allo estremo frangiato. Hanno sede pressochè costante nella metà esterna della tuba, per lo più nel lato anteriore e anche frequentemente in alto, meno spesso nella linea di inserzione anteriore della tuba nel mesosalpinge. Si riscontrano nei casi 2.°, 12.°, 14.°, 20.°, 22.°, 36.°, nei due primi e nel penultimo si trovano in numero di due sulla stessa tuba, anzi nel caso 12.° sono riuniti sopra un picciuolo comune di 1,5 mm. di altezza, mentre una frangia esuberante si distacca dal margine posteriore della fimbria ovarica: a questa pure può essere attribuito il significato di appendice. Così nella tuba 15.ª dalla fimbria ovarica si staccano due forti prolungamenti, anteriormente. Il cordone del caso 36.° è molto contorto sopra sè stesso. Nei casi 14.° e 20.° le appendici hanno tutta l'apparenza di frangie comuni, mentre negli altri hanno l'aspetto di piccole tube. Anzi io credo che ad una osservazione superficiale tali fimbrie possano essere e siano state interpretate come tube accessorie o padiglioni soprannumerarii; questa forse è la ragione per cui nessuno le ha di proposito descritte. Le formazioni dette trovansi in rapporto con gli altri elementi abnormi di cui fu fatta menzione, voglio dire gli *ostii accessorii*, e le *formazioni cistiche* delle tube, come si osserva nei casi 27.° e 14.°, nel primo dei quali alla base di una massa frangiata sporgente dalla superficie della tuba, si apre l'ostio che rimane nascosto come da una valvola o coperchio. Qui facilmente la massa fimbriale, massiccia, che rappresenta il padiglione accessorio, sviluppato da un lato solo, sarebbe presa per una vera tuba accessoria, canalizzata.

Su questi ostii e padiglioni accessorii che non hanno sempre lo stesso tipo del padiglione principale, come vogliono Tarnier e Chantreuil (1), fu già trattato a proposito del caso 27.°, e riguardo alle cisti fu fatto cenno a proposito della tuba 40.ª designando le Idatidi di Morgagni vere e false. Tutte le formazioni cistiche dei casi descritti possono distinguersi in due gruppi: alcune assai piccole, spesso numerose e aggruppate, sempre sessili, altre ampie e per lo più peduncolate. Le prime si trovano nella tavola, per brevità, designate sotto il nome di

(1) S. Tarnier et G. Chantreuil. « Traité de l'art des accouchements. » T. I, Paris, 1888.

« cisti ovulari » nome forse non del tutto proprio perchè rinchiude un concetto genetico, che non è mia intenzione di porre come assoluto, ma che fu già dato a queste formazioni dall'anatomico Sappey nel suo trattato. Questi che ne numerò fino 48 in una sola tuba di donna di 70 anni, assegna loro la grandezza di un grano di miglio fino a quella di un pisello, le distingue pel volume e vascolarizzazione da quelle parovariche e ovisacchi e le attribuisce ad ovuli dispersi e fissati su tutti i punti della tuba che vengono a contatto coll'ovaio, quando il padiglione è per aderenze o altro deviato dalla naturale sua direzione rispetto all'ovaio. Gli ovuli, secondo questo autore, possono distruggersi o innestarsi, alterando il loro contenuto e diventando una cisti. Ritorneremo su questo punto, fissando intanto che tali cistine si presentano per lo più nella parete posteriore, ma in condizioni anche diverse da quelle citate da Sappey. Le cisti dell' altro gruppo abbondano; la sede ordinaria è la metà addominale della tuba in alto anteriormente, meno spesso posteriormente. Le grandezze sono assai varie; i peduncoli quando esistono misurano fino a 19,5 mm. di lunghezza, lo spessore della parete è talora rilevante e, quello che è più notevole, non uniforme. È pure da notare che in qualche tuba si trova più di una cisti peduncolata. Le cisti sessili sono grandi e invariabilmente tutte situate in istretta vicinanza dell'orlo del padiglione. Queste cisti si trovano per lo più legate ad altre anomalie di formazione. Da questo novero ho escluso le cisti paraovariche e tuboovariche.

Questi sono i risultati dell' indagine macroscopica. Lo studio microscopico di questi casi che comprende, oltre le anomalie di formazione sopradescritte, anche molti punti dell' istologia normale delle trombe adulte e fetali, sarà distinto in quattro parti corrispondenti alle porzioni intra ed estrauterina della tuba adulta, alle tube fetali, un'ultima parte finalmente riguarda le formazioni anormali.

Porzione interstiziale fetale e adulta.

È il tratto della tuba meno studiato, forse perchè meno spesso degli altri segmenti si dà occasione di ottenerlo nelle laparotomie. Così Orthmann per le trombe adulte, Popoff per quelle fetali non se ne occupano. Essa

è breve [7 mm. secondo Beaunis (1)] comincia all'apice dell'infundibolo, o angolo superiore della cavità uterina e decorre obliquamente verso l'alto continuandosi colla parte estrauterina della tuba. La direzione curvilinea, concava in basso ad essa attribuita da Ballantyne e Williams (2) è forse spiegabile con l'angolo determinato coll'utero dall'istmo che appartiene alla porzione uterina meno fissa (non sostenuta che dai legamenti). Infatti le sezioni trasverse in serie della porzione intramurale che dovrebbero, nel livello in cui la curva è più alta, far trovare il lume più vicino al peritoneo che altrove, non giustificano, ne' miei casi, il modo di vedere di quegli autori. Anche Spannocchi ritiene il canale rettilineo (3). In quanto ai rapporti della regione col ligamento rotondo, che dovrebbero segnare nell'embrione il limite interno della tuba, non me ne sono occupato. Nel feto alla metà del 5.° mese si osserva quanto segue in sezioni parallele ad un piano tangenziale ai lati del canale utero-vaginale: il lume del canale che fu detto « cornuale » quale residuo del corno uterino, ha forma di una fessura longitudinale coll' asse lungo parallelo a quello dell'utero, un poco ricurvo, con seno in avanti; da questa fessura parte lateralmente un prolungamento, il quale non è altro che l'espressione di una insenatura tra due pieghe della superficie interna dell' utero. Questo prolungamento si perde in sezioni più esterne, per dar luogo ad una fessura longitudinale con orlo regolare senza rilievi; finalmente la fessura avvicinandosi di più alla tuba rimane strozzata alla sua metà da un restringimento, più verso la tuba ancora si vede addirittura divisa in due lumi. Di questi due lumi distinti si perde l' inferiore, quello superiore permanente si continua col lume tubarico. Evidentemente la strozzatura corrispondeva alla piega trasversale più elevata del condotto utero-vaginale, ed i lumi esprimevano le insenature; di queste ultime la più alta è il residuo del lume primitivo. A questo livello il lume è ovale: tale forma cessa presto entro lo spessore della parete utero-vaginale per foggiarsi a contorno rotondeggiante, finalmente stellato con debolissimi rilievi in numero di 3. Al cominciare della porzione stellata i nuclei allungati delle cellule muscolari sono già disposti

---

(1) Beaunis et Bouchard. « Trattato di anat. ecc. » Trad. Tamburini e Bareggi, 1884.

(2) Ballantyne and Williams. Loco cit.

(3) T. Spannocchi. « Gravidanza estrauterina. » Ferrara, 1873, p. 12.

concentricamente al lume, disposizione che può ormai dirsi completa anche verso il basso: qui sarà il vero « ostio uterino della tuba » e il breve tratto che lo congiunge alla porzione tubarica estrauterina sarà la vera « porzione interstiziale. » I limiti di questa però non sono così netti che per tale età fetale non si possa ripetere in parte ciò che erroneamente Bertrandi (1) diceva della tuba in generale « che niente distingue il termine della cavità dell' utero, dal principio della tromba. » La disposizione del lume cornuale che rappresenta il futuro infundibolo è meno semplice nel feto a 9 mesi, in causa di un maggior numero di ripiegature della superficie mucosa. A proposito di questa e della direzione del lume che fu riconosciuta rettilinea in tale porzione, ho rilevato una anomalia interessante nella porzione intramurale sinistra della bambina già trattata riguardo ad una notevole asimmetria dei genitali interni. Il lume cioè si presenta assai ricurvo nella porzione detta, corrispondendo del resto alle curve esteriori più accentuate su questo lato, affetto da arresto di sviluppo. Klob (2) osservò già questo fatto sviluppato in grado uguale ad ambo i lati, ritenendolo congenito e causa possibile di gravidanza ectopica. Freund (3) pure rilevò questa anomalia come espressione di persistenti torsioni del canale primitivo in questo punto. Giova qui notare che il Freund intende il processo di torsione esteso fino al seno urogenitale, di ché riconosce una traccia nei contorcimenti a spirale dei rudimenti vaginali nei casi di raddoppiamento del canal genitale, come Dohrn (4) l' aveva inteso per lo sviluppo normale; già Bayer (5) aveva dimostrato che l'utero partecipa al processo di torsione delle tube. Tornando al caso normale, se l' osservazione potrà dimostrare la persistenza dello stato fetale notato nella porzione interstiziale, la insenatura uterina, situata immediatamente sotto la piega più elevata del canale cornuale, potrà bene come i diverticoli e le sinuosità di Klob fornire un ricettacolo all'uovo e rappresentare un'altra delle tante cause

---

(1) Bertrandi. « Opere anat. e chirurg. » Torino, 1790.

(2) Klob. « Pathol. Anatomie der welblichen Sexualorgane. » 1864.

(3) Freund. « Zwei Fälle von Haematometra etc. » *Beitr. z. Gyn. u. Geburtsh.* Loco cit., S. 7.

(4) Dohrn. « Zur Kenntniss der Müller'schen Gänge und ihrer Verschmelzung. » *Schriften der Gesellsch. z. Beförd. d. ges. Naturov. z. Marburg,* 1870.

(5) H. Bayer. « Zur phys. u. path. Morph. d. Gebär. » *Gyn. Klin. v. Freund,* 1885.

immaginate per lo sviluppo della gestazione interstiziale. Ho accennato ai diverticoli perchè nel caso anomalo descritto le incurvature del lume entro lo spessore della parete uterina hanno dato luogo a concamerazioni, fondi ciechi, costituenti veri diverticoli. Tra i fasci più interni dello strato muscolare circolare, principalmente nei lati, si osservano delle fibre muscolari liscie a decorso longitudinale. Nel rimanente tessuto cornuale si osservano le fibre longitudinali distribuite in fasci regolari, meno che in basso, fasci che si vanno assottigliando nelle zone più esterne. Le fibre in basso assumono un andamento obliquo, circoscrivendo maglie irregolari nelle quali scorrono numerosi e grossi vasi. Le arterie sono per lo più appaiate, i tronchi venosi molto più numerosi. L'epitelio della mucosa è cilindrico semplice. Nel caso 23.°, fu studiata la tuba adulta; questo pezzo era in tutto normale nella porzione uterina. Il lume dello infundibulo ha in sezione la figura di un'ampia fessura col lungasse parallelo a quello dell'utero; la figura va man mano restringendosi verso il basso, mentre l'estremo superiore rimane immutato fino a che (in prossimità della tromba) non assume un orlo ripiegato. Il lume finalmente assume un aspetto tutto ripiegato con rilievi deboli che si fanno più forti quanto più si avvicinano alla porzione estrauterina della tuba. A questi mutamenti del lume, tra i quali non ho potuto riconoscere il restringimento notato da Ballantyne e Williams (1) al cessare della cavità infundibolare che costituirebbe secondo essi il punto più ristretto della tuba, corrispondono altre modificazioni nel tessuto limitante. La mucosa nella porzione infundibulare è spessa e disseminata di lumi ghiandulari a figura rotondeggiante; qualcuno si può seguire per un certo tratto nella sezione fino allo sbocco nello infundibolo. I fasci muscolari nelle zone più interne hanno direzione longitudinale, solamente di rado e sui lati a contatto della mucosa, per lo più raccolti in masse entro i fasci trasversali e obliqui e distribuiti intorno intorno al lume. Questa disposizione si va accentuando verso la porzione interstiziale dove i fasci obliqui, specialmente in alto e lateralmente, assumono una direzione concentrica al lume, quella propria di fibre circolari; esternamente ad essi trovansi fasci distintamente paralleli al lume. La mucosa

(1) Ballantyne a. Williams. Loco cit.

o meglio lo strato connettivale interno (giacchè esiste altro connettivo tra i muscoli e per lo più intorno ai vasi), si va assottigliando intanto che i lumi ghiandolari si fanno più rari e scarsi. All'ultimo (a livello del lume stellato) non esistono più ghiandole o appena qualche fondo cieco, collocato, raramente anche, entro alla muscolare. Questi fondi ciechi sono riconoscibili (a lumi assenti) per gli accumuli di nuclei epiteliali rotondeggianti, quali debbono risultare da sezioni parallele al piano dello epitelio. L'epitelio di rivestimento della mucosa del canale interstiziale è sempre cilindrico semplice ciliato, alto in media 21 μ, i nuclei ovali raggiungono in lunghezza 14 μ. Le fibre muscolari sono, in questa porzione, distribuiti già in istrati distinti: all'interno è già costituito uno strato circolare, assai spesso, di fibre stipate; esso contiene per lo più intrecciati alla zona più interna dei fasci di fibre longitudinali. Queste ultime non costituiscono un vero strato continuo. Allo esterno verso il rivestimento peritoneale di cellule basse e ad un solo strato giacciono abbondantemente le fibre longitudinali raccolte in fasci di vario diametro più sottili e periferici (strato esterno di f. longitudin.). Tali disposizioni diventano meno regolari verso il basso quanto più si allontanano dal centro del canale; le fibre s'intrecciano attorno ai vasi che qui abbondano, il loro decorso è di preferenza obliquo, poche fibre rimangono a continuare lo strato interno.

Adunque il canale interstiziale e l'ostio uterino si distinguono nella forma del lume, nello sviluppo delle ghiandole e mucosa, nella disposizione della muscolare dalla cavità infundibolare. Le ghiandole sono disposte piuttosto irregolarmente, come si è veduto, però la loro direzione non è mai perpendicolare al lume infundibolare, e generalmente tende piuttosto a diventare parallela a quest'ultimo, disponendosi dunque le ghiandole attorno all'infundibolo, come le setole attorno al manico di un pennello. Le differenze dallo stato fetale risultano dalla descrizione: la cavità infundibolare nell'adulta riesce quasi semplificata (per il cessato processo di ripiegamento della parete, e forse di torsione) l'ostio e il canale intramurale sono, relativamente alle altre dimensioni della tuba, più ristretti. Nella gravida il canale infundibolare è più notevolmente ristretto nella sua parte inferiore, che assume l'aspetto di una fessura ristrettissima, inoltre la mucosa presentasi molto più ripiegata con rilievi paralleli all'asse. Di queste pieghe, spesso assai sottili, al-

cune si fondono formando piccole cavità separate da quella principale. La mucosa è assottigliata, ma rivestita di epitelio basso, non però pavimentoso. Sono molto più evidenti i fasci di fibre muscolari longitudinali ipertrofizzate interni alle fibre circolari e intrecciati a quelle decorrenti obliquamente. Nelle ampie sezioni che ho dovuto praticare per guadagnare tutta l'estensione del lume, a forte distanza da questo si osservano altri due lumi più piccoli, ad orlo irregolare, intorno ai quali diversamente che per i grossi vasi, non esistono che traccie di tessuto connettivo; l'orlo rivestito da un epitelio cilindrico basso e al tutto simile a quello dell'infundibolo. Questi lumi, che dopo un andamento tortuoso cessano, sono circondati da fibre muscolari che non presentano a loro riguardo alcuno speciale orientamento.

Si tratta dunque di tubi ghiandolari o meglio dei loro fondi ciechi che conservano l'epitelio [Tarnier et Chantreuil (1)]. Però anche l'infundibolo, o la breve porzione che rimane a rappresentarlo, mantiene il rivestimento epiteliale, come fu osservato, partecipando, molto limitatamente, al processo di atrofia generale, descritto dagli autori nella caduca uterina dopo i primi mesi di gravidanza. Dall'infundibolo si passa nel lume stellato della tuba senza osservare profonde modificazioni gravidiche di questo tratto, all'infuori dell'aumento di volume delle fibre muscolari, specialmente longitudinali, circostanti alla tuba. Sulle zone più esterne non mi fu dato portare la indagine.

Parte estrauterina della tromba adulta *(anche di gravida)*.

I numerosi lavori intorno all'istologia normale della salpingi lasciano poco a dire, specialmente il citato lavoro di Orthmann anche in questa parte (comprendente lo studio di 12 pezzi normali) è accuratissimo. Riguardo al numero e disposizione delle pieghe nei varii tratti della tuba si parla in questo lavoro di 4, 5 pieghe verso l'estremo uterino, di aumento delle stesse in altezza, larghezza e ramificazione nella metà addominale. Ballantyne e Williams ne ammettono da 5 a 15 nel-

(1) Tarnier et Chantreuil. Loco cit.

l'istmo, da 15 a 28 nell'ampolla, alcune delle quali sono ramificate (3 nell'istmo, 8 nell'ampolla). Credo più prossimi al vero questi ultimi quantunque tali cifre non siano assolute e forse esagerate, giacchè esistono pieghe cardinali, che continuano dall'istmo al padiglione ramificandosi, ma nuove pieghe compaiono sulla parete lungo il decorso ramificandosi pure, senza contare altre elevazioni di 3.° ordine che nascono dalla parete, dove è più larga, sono assai piccole e non si ramificano. Ma ciò riesce di più facile e semplice comprensione nell'esame delle salpingi fetali.

In quanto allo epitelio ciliato della mucosa, Hennig (1) lo credette stratificato, molto recentemente anche il Ferruta (2), che sotto un modesto titolo ha dato un lavoro completo di patologia e di clinica delle salpingi, ritiene duplice il rivestimento epiteliale per l'osservazione di due trombe normali trattate colla saffranina, e dice il nucleo quasi sempre centrale alla cellula. In verità risulta dai preparati che il rivestimento in discorso è invariabilmente semplice, in accordo con Frommel (3), Orthmann (4), Popoff (5), Latteux (6) e altri. La obliquità eventuale della piega rispetto al piano del taglio, lo spessore eventuale forte della sezione, la situazione dei nuclei non sempre rigorosamente centrale o basale, ma spesso ancora superficiale sono, a mio vedere, le ragioni più probabili dei risultati contradditorii. L'accennata obliquità della piega va intesa nel senso duplice che da un lato la salienza della piega o dei suoi rami, dove comincia, è più piccola, costituisce quindi una linea inclinata rispetto al fondo della parete, dall'altro questo fondo della parete è naturalmente più atto a sostenere la base che la cima della piega.

Questa cima riesce dunque meno fissa e più facilmente spostabile nella preparazione: è quanto dire che nei tagli riuscirà obliqua. Questa obliquità che forma l'argomento più forte per ispiegare l'apparente stra-

---

(1) Hennig. « Der Katarr der inneren weiblichen Geschletstheile. » Leipzig, 1870.

(2) Ferruta. « Contributo allo studio anatomo-patologico e clinico delle malattie della salpinge. » *Collez. Ital. di Lett. sulla medicina,* Serie VI, N. 9, 10, 11, Vallardi.

(3) Frommel. « Beitrag zur Histologie der Eileiter. » *Centralbl. f. Gyn.,* 1866.

(4) Orthmann. Loco cit.

(5) Popoff. Loco cit.

(6) Latteux. « Manuel de technique micr. etc. » Paris, 1887.

tificazione dell'epitelio, serve pure a spiegare in parte altri fatti relativi all'altezza dell'epitelio stesso. Tale altezza oscilla tra 15 e 24 μ; i nuclei ovali sono lunghi 10-12 μ; in generale l'epitelio è più alto alla cima che alla base delle pieghe e ciò sta in relazione almeno in parte, col fatto accennato che la cima si presenta al taglio più obliquamente della base, più fissa. L'altezza è più uniforme nelle sezioni longitudinali dove ha luogo assai meno la obliquità in discorso. Altra questione che si connette direttamente a quella dell'epitelio e pieghe mucose, concerne le cavità, contenute nello spessore della mucosa e rivestite di epitelio ciliato identico al precedente. È noto che osservazioni (Hennig (1), Leydig (2), Colucci (3), Sutton (4), nell'uomo e negli animali diedero loro il significato di cavità ghiandolari. Ma la quistione è risolta con l'accordo degli altri osservatori, nel senso della inesistenza di ghiandole nella mucosa tubarica della donna e per la origine da fusione parziale di pieghe vicine. Quel che devo riferire a questo proposito è il risultato delle sezioni longitudinali che dimostra, come nelle trasversali, frequentemente la presenza di queste fusioni in punti limitati, dove le pieghe sono in maggiore vicinanza, tantochè in qualche tratto la mucosa dà l'aspetto di una rete a maglie allungate nel senso dell'asse tubarico. Le cavità circoscritte dalle fusioni, oppostamente a quelle finora descritte, non sono col loro lungasse parallele a quello della tuba, ma per contro perpendicolari. Sono peraltro molto brevi. La fusione delle pieghe sia per il primo che per il secondo ordine di cavità pseudoghiandolari (che per brevità dirò « cavità mucose ») non avviene secondo orli rettilinei, vale a dire che il ponte di fusione presenta, ai suoi estremi, un orlo depresso nel punto intermedio tra le due pieghe madri. Tale fatto è accennato nella fig. 8.ª della Tav. II.ª, quivi è rappresentata una cavità mucosa *(a, b)* al terzo esterno di tromba normale. Il taglio cade a livello dell'orificio di sbocco nella cavità della tuba. L'epitelio ciliato che tappezza la cavità è ad un solo strato nei punti *b* costituenti la base di due pieghe, per acquistare l'apparenza di stratificato in *c* dove

---

(1) Hennig. Loco cit. e *Archiv f. Gyn.*, Bd. XIII, Hft. I.

(2) Leydig. « Traité d'hyst. etc. » Trad. Lahilonne, Paris, 1866.

(3) Colucci. Congresso Medico di Pavia, 1887.

(4) B. Sutton. *Trans. obst. Soc. of London*, 1891, I, p. 189.

compaiono le cime delle pieghe. La fusione si è verificata nel tratto *p*, quivi si rende evidente che la sezione è parallela alla superficie dello epitelio, ciò che è anche confermato dalla forma rotonda dei nuclei e dei contorni cellulari. Proprio nel centro i nuclei più piccoli, la colorazione meno intensa dicono che ivi l'epitelio è appena sfiorato. In altre sezioni finalmente la parte centrale scompare, confermando la depressione accennata. Intanto queste fusioni che sono bene da distinguere, specialmente nelle sezioni longitudinali, dai punti di biforcazione delle pieghe, non hanno alcun tipo determinato, ad eccezione forse dell' orlo descritto.

Le descritte variazioni di altezza degli epiteli tubarici si riferiscono principalmente alla parte media; l'altezza in discorso è molto più uniforme nel padiglione: la obliquità e apparente stratificazione dell'epitelio che fu riconosciuta minima al fondo delle insenature tra le pieghe, massima alla loro cima, è in particolare modo sensibile al principio delle pieghe non ramificate, numerose nella regione media. Queste pieghe sono in gran parte da ritenersi più giovani delle altre (cardinali), seguendo le fasi di sviluppo della mucosa nelle varie età, sopratutto nel feto. Il salire di tali rialzi negli interstizii delle pieghe è rapido, quindi è massima la loro inclinazione rispetto al piano del taglio.

Come varia l'altezza, anche la forma delle cellule epiteliali è variabile, entro ristretti limiti, nei singoli punti; infatti sembra adattarsi alle differenti esigenze di spazio della complicata superficie interna della tromba. È facile osservare anche con fissazioni rapide e ben riuscite colorazioni all'ematossilina e al picrocarminio, in taluni tratti, le cellule epiteliali più ristrette alla base che al lato libero, e il fatto opposto in altre. Modificazioni anche più sensibili di forma si rilevano nei tratti più sinuosi della superficie mucosa, senza dubbio i nuclei ordinariamente ovali si offrono talora rotondeggianti. Tutto ciò avendo anche riguardo alle facili alterazioni artificiali di questi epiteli. Credo che tale quistione meriti di attirare l'attenzione degli istologi, sopratutto dopo i risultati delle ricerche di Nicolas (1). Questi osservò nel coniglio, cobaya, ratto, diverse forme epiteliali oltre quelle ciliate: cel-

(1) NICOLAS. « Note préliminaire sur la constitution de l'épithélium des trompes utérines. » *Journ. intern. d'anat. et de phys.*, T. VIII, 1891.

lule claviformi e piriformi con la grossa estremità rivolta in alto o in basso, con differenze anche nel protoplasma ecc., nuclei accessorii e incisure del nucleo. L'epitelio in discorso si continua oltre l'orlo del padiglione per buon tratto e passa nel rivestimento peritoneale, scemando gradatamente la sua altezza, come a livello della fimbria ovarica. I limiti di questo epitelio, o « linea mucoso-peritoneale » di Ballantyne e Williams sono visibili nella figura 1.ª tav. I.ª, dove è rappresentato un intero padiglione in sezione longitudinale condotto lungo un piano un poco eccentrico. Questa linea non è da ritenere unica nella istologia del corpo, secondo Sappey (1), perchè il connettivo del peritoneo si confonde con quello della mucosa e l'epitelio continua con epitelio essendo dimostrata la analogia dei due rivestimenti [E. Jourdan (2)].

Quanto all'apparecchio vascolare della mucosa, esso è molto sviluppato nelle pieghe più grosse e nei punti di origine delle diramazioni, ma talora si osservano vasi anche nelle pieghe sottili, in numero di 3, 4 decorrenti parallelamente all'asse della piega, ed anche verso la cima, quantunque la sede ordinaria nelle pieghe semplici sia la base, si osservano sempre numerosi lumi vasali. Nei rimanenti strati della tuba l'apparecchio vascolare è rappresentato anche più largamente fino ad assumere i più alti gradi di sviluppo nelle zone più esterne: l'andamento dei maggiori tronchi è tortuoso. Anche la parete dei vasi merita un cenno per trovarsi con frequenza ispessita. Il Ferrari (3) con Paladino (da lui citato) nota pure questo fatto, riconoscibile nelle trombe normali di donne nel periodo attivo della vita sesuale. Ad esso venne attribuito il significato di un processo di endoarterite obliterante. Williams (4) mette in rapporto tali alterazioni colla pluriparità. Ferruta (5) descrive queste alterazioni in rapporto al rallentamento della corrente sanguigna nelle tube malate, e nei piccoli gradi in quasi tutte le tube

---

(1) Sappey. Loco cit.

(2) E. Jourdan. « De la valeur du mot endothélium en anat. etc. » Comptes rendus hebd. de la Soc. de Biologie, Séance du 16 janvier 1892.

(3) T. Ferrari. « Contributo allo studio dell'istol. norm. e pat. delle trombe fallopp. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, settembre 1892.

(4) Williams. « Contribution to the normal and pathological hystology of the Fallopian tubes. » *Amer. Journ. Sc.*, Philadelphia, 1891.

(5) Ferruta. Loco cit.

per le congestioni fisiologiche ripetute [sensibili anche nelle tube viventi (Martin) (1)]. Questa reazione del tessuto ai mutamenti circolatorii frequenti, talora intensi, in forma di iperplasia connettivale dell' intima rimane il concetto più ovvio ad ammettere.

Dalla mucosa si passa allo strato muscolare senza intermezzo del tessuto sottomucoso descritto da Bandl (2): specialmente nella metà interna della tuba l' epitelio della mucosa si può trovare a forte distanza dalle più interne fibre della muscolatura, senza che perciò il tessuto interposto presenti alcuna differenza dal connettivo che occupa l'interno delle pieghe. La muscolare non è costituita da 3 strati neanche in gravidanza, contrariamente a quanto viene affermato da Bayer (3) che però giustamente ammette e descrive la continuazione diretta degli elementi muscolari della tuba in quelli dell'utero. La tuba invece sarebbe perfettamente distinta dall'utero, secondo Robin (4) per un sottile strato cellulare interposto ai due organi e che ne permetterebbe la separazione collo scalpello. Il rapporto di continuazione degli strati muscolari di Bayer deve pertanto essere ammesso, nel senso che le fibre longitudinali interne descritte in continuità con i fasci triangolari dimostrati alla parte più interna dell'utero gravido, non raggiungono nè le proporzioni nè la disposizione di uno strato, tanto meno se questo si volesse intendere distinto dallo strato di fibre anulari proprie della tuba. Questi fatti furono già studiati a proposito della porzione interstiziale: i fasci longitudinali interni si fanno più rari allontanandosi dall'utero, mancano affatto nei punti dove la muscolatura circolare è addossata strettamente alla mucosa delle pieghe, quasi a contatto dell' epitelio. In quanto alle fibre circolari, la disposizione a sfintere situata in corrispondenza al colletto del padiglione, descritta da Ballantyne e Williams, non si può certo confermare in tutti i casi: così nella citata figura 1.ª, tav. I.ª, si osserva proprio a livello del colletto, come più alto a livello dei punti *e*, un complicato intreccio di fibre muscolari, dove il minore contingente è fornito delle fibre circolari che in tale sezione dovrebbero apparire

(1) A. Martin. « Patol. e terap. delle mal. delle donne. » Trad. Pestalozza, 1892.

(2) Bandl. « Die Krankeiten der Tuben der Lig. etc. » Stuttgart, 1886.

(3) H. Bayer. V. *Lehrbuch der Geburtshülfe etc.* di P. Zweifel, S. 96, Stuttgart, 1892

(4) Robin. V. Tarnier et Chantreuil, loco cit., p. 116.

tagliate di traverso. Allo strato di fibre in discorso Orthmann (1) attribuisce l'origine delle scarse fibrocellule presenti nelle pieghe della mucosa, mentre Ballantyne e Williams (2) attribuiscono queste ultime ai fasci longitudinali. Quantunque sembri che Robin e Cadiat (3) neghino assolutamente la presenza di fibrocellule longitudinali nella mucosa, dichiarando inoltre che quest' ultima si distingue facilmente dallo strato muscolare, sono frequenti ad osservarsi nella mucosa le fibre muscolari; verosimilmente dipendono più spesso dai fasci longitudinali interni dei quali rappresentano una naturale terminazione. Finalmente lo strato longitudinale esterno, assai abbondante nel punto in cui la tuba si stacca dall'utero, seguita tutto il decorso della tuba e i suoi fasci terminano separati alla base delle fimbrie maggiori del padiglione, che Ballantyne e Williams, chiamano perciò « muscolo-mucose. » (4).

Nella figura sopracitata sono visibili alcune di queste terminazioni. Nella fimbria ovarica, fino nella sua continuazione o legamento di Henle ho osservato costantemente la presenza delle fibre muscolari descritte da Beaunis (5), ma questa è lungi dal costituire sempre un fascio continuo e unito da meritare il nome *musculus attrahens tubae*. Da molte misurazioni dei nuclei e dello spessore delle fibre muscolari, per i primi risultò una lunghezza media di 22 μ, pel diametro trasversale delle fibre 7 μ circa.

Nella gravidanza le trombe non presentano modificazioni microscopiche molto salienti e certo fu esagerato nelle descrizioni degli autori: si verificano bensì mutamenti leggeri negli elementi istologici, ma in misura niente affatto uniforme. Nei due casi osservati la mucosa era vascolarizzata abbondantemente, anche nelle minime pieghe: l' epitelio non aveva perduto le cilia, come aveva dimostrato già il Cuzzi (6),

---

(1) Orthmann. Loco cit., S. 168.

(2) Ballantyne and Williams. Loco cit.

(3) Robin et Cadiat. « Sur la constitution de l'utérus mâle etc. » *Journal de l'anatomie et de la physiol.*, 1875.

(4) Ricordo qui che M.e Boivin (« Dell'arte di assistere i parti. » Trad. Meli, Milano, 1882) riteneva che si potessero supporre *tutt' al più alla estremità frangiata* alcuni fascicoli od alcune striscie muscolari.

(5) Beaunis. Loco cit.

(6) Cuzzi. « Contributo allo studio della tromba di Falloppio durante la gravidanza. » *Morgagni*, 1887 e « Trattato di Ostetricia e Ginecologia, » p. 334 (in corso di stampa).

mancavano affatto le modificazioni nucleari descritte da Robin (1). È certo che la modificazione gravidica più rilevante si osserva nella muscolatura longitudinale, principalmente esterna, che presenta aumenti di volume e di numero delle fibre, fasci più grossi, apprezzabili specialmente in prossimità dell'utero. Mi risultarono queste fibre spesse oltre 12 μ; anche i nuclei della circolare erano aumentati fino a 28 μ di lunghezza, mentre le misure degli altri elementi comparate a quelle di donne non gestanti lasciano in dubbio rispetto ad un aumento.

Questa ipertrofia ed iperplasia che sono meno accentuate che nell'utero, in accordo anche colle vedute di Thompson (2), trovano riscontro nel fatto offertomi da due casi di aderenza estesa della tuba all'ovaio, nell'uno (17.°) complicato ad infiammazione catarrale, nell'altro (28.°) ad enorme fibromioma ovarico. In quest'ultimo caso lo spessore della parete all'istmo misura 3,5 mm. Le maggiori pieghe sono tutte attraversate obliquamente alla base da fibre muscolari, e mentre la circolare ha le proporzioni ordinarie, o di poco aumentate, la zona delle fibre longitudinali esterne spicca sulle altre per fasci grossi stipati e aumentati di numero. A livello della parte media si ha ancora la impressione, come di una porzione uterina. Questo spessore di parete continua verso il padiglione, però i fasci muscolari diminuiscono aumentando il connettivo. Mentre si può ritenere che la muscolare circolare individualizzi l'apparecchio muscolare della tuba, offrendo una fisionomia più spiccata, una continuazione forse meno distinta che gli altri strati rispetto all'utero, bisogna riconoscere che tale iperplasia è dovuta ad elementi meno intrinseci (longitudinali) alla tuba stessa; dunque esiste forte presunzione per farli derivare dall'utero (gravido) o dal tumore. L'ultimo caso presenta analogia, almeno nelle apparenze macroscopiche, con quello di Mouratoff (3): anche qui coesisteva con un tumore (gravidico) dell'ovaio una tuba allungata (lume pervio), padiglione non fuso allo ovaio. Lassale (4) poi dichiara che i tumori contenuti nei legamenti larghi pro-

---

(1) Robin. V. Tarnier et Chantreuil, loco cit.

(2) Thompson. *Zeitschrift f. Geburt. u. Gynäk.*, XVIII, 1. — Studiando le modificazioni degli annessi in gravidanza e puerperio, conchiude che la muscolare si ipertrofizza meno che nell'utero.

(3) Mouratoff. *Annales de Gynecol. et d'Obst.*, févr. 1890.

(4) Lassale. « Des tumeurs incluses dans les ligaments larges. » Paris, 1891.

vocano una ipertrofia considerevole di tutto l'apparato muscolare in vicinanza. Continuando la parentesi aperta con le ipertrofie della muscolare, ricorderò ancora una volta la osservazione di Kaltenback (1) in un caso di salpingite blenorragica cronica, dove la parete era ispessita per emorragie interstiziali, dilatazione vasale e sopratutto per ipertrofia della muscolare, in prossimità di un restringimento del lume, ciò che fu interpretato come ipertrofia da lavoro. Orthmann (2) ne' suoi casi di salpingite purulenta accuratamente descritti, non rilevò un caso tanto tipico e riconobbe gli ispessimenti dovuti in maggior misura all'aumento del connettivo e delle pareti vasali che alla muscolare; Schauta (3) insiste sugli inspessimenti della metà uterina della tuba negli incipienti stadi della salpingite cronica, dovuti, secondo lui, alla ipertrofia della muscolare. Ballantyne e Williams (4) notarono l'aumento della muscolare in un caso di salpingite blenorragica loro offerto da Simpson. Ferruta (5) non riscontrò tali ipertrofie in casi di stenosi degli ostii. Ho voluto riferire queste osservazioni che, al pari di molte altre, possono mostrare la difficoltà di formarsi un concetto ben chiaro sulle condizioni di sviluppo delle ipertrofie della muscolare tubarica. E per tornare all'argomento primo della ipertrofia gravidica, dirò che l'accordo degli osservatori è maggiore ne' casi in cui la tuba stessa è sede di gravidanza: Otto Küstner (6) dice che l'ipertrofia della muscolare è in tutto analoga a quella uterina gravidica, ma riferisce le dichiarazioni contradditorie di Langhans, Schwinder, Werth, ecc. Romiti (7) dice « le modificazioni alle quali per effetto della gravidanza va soggetta la tuba sono identiche allo sviluppo fisiologico dell'utero gravido. » Nel caso di Fantino (8)

---

(1) Kaltenbach. « Ueber Tubenstenose mit secundärer Hypertrofie der Muscularis. » V. *Berliner Klinis. Wochenschr.*, N. 48, nov. 1885.

(2) Orthmann. Loco cit.

(3) Schauta. « Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis. » *Archiv f. Gyn.*, XXXIII, 1.

(4) Ballantyne and Williams. Loco cit.

(5) Ferruta. Loco cit.

(6) « Die vom Fötus abhängenden Schwangerschafts und Geburtstörungen. » In *Handb. d. Geburts.* di Müller, Stuttgart, 1889.

(7) Romiti. « Gravidanza estrauterina. » Roma, 1882.

(8) Fantino. « Quattro casi di gravidanza estrauterina operati con successo ecc. » *Rivista di Ost. e Ginec.*, Torino, N. 8, 1891.

di gravidanza tubo-addominale sinistra alla 7.ª settimana la tromba era grossa come il mignolo a pareti ispessite. Spannocchi (1) dice che nelle tube gravide si riscontrano i fascetti muscolari aumentati di volume e di numero. Da questi dati almeno riesce più facile ammettere la tendenza alla ipertrofia anche come effetto della gravidanza uterina, riconosciuta nei casi esposti.

Tube fetali.

Questo studio è rimasto assai incompleto fino al lavoro di Popoff (2) non possedendosi per l'addietro che osservazioni isolate e parziali di Klob (3), Boinet (4), Hennig (5) sulla tortuosità di queste tube, di Cadiat (6), Frommel (7) sulla muscolatura delle stesse. Rimane però sempre a Freund (8) il merito di avere dimostrato la importanza di questo studio. Nell'esame di una tuba al 3.° mese compiuto ho riscontrato che il lume, pressochè rotondo nella metà interna, presenta leggeri rialzi in quella esterna, che sono indubbiamente gli accenni delle future pieghe. Adunque la formazione delle pieghe precederebbe un poco l'epoca assegnata alla medesima da Popoff (9). In tale epoca havvi pure accenno alla formazione della muscolare circolare in forma di nuclei allungati e concentrici al lume in iscarso numero e lontani dal lume stesso. Questi nuclei sono molto evidenti e numerosi nella prima metà del 5.° mese, la mucosa è distinta per la presenza di grossi nuclei rotondeggianti od ovali. In questa mucosa si riconoscono pure vasi sanguigni contrassegnati da nuclei disposti a cerchio e da un contenuto di corpuscoli colorabili colla eosina. I vasi però sono molto evidenti e di maggior calibro alla periferia della tuba. Le pieghe sono già rappresentate nella metà uterina

---

(1) Spannocchi. Loco cit.

(2) Popoff. Loco cit.

(3) Klob. Loco cit.

(4) Boinet. « Traité des mal. des-ovaires, etc. » Paris, 1877.

(5) Hennig. « Die Krankeiten der Eileiter u. d. Tubenschwang. » Stuttgart, 1876.

(6) Cadiat. « Memoire sur l'ut. et les tromb. » *Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1884.

(7) Frommel. « Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäk., » Leipzig, 1886.

(8) Freund. Loco cit.

(9) Popoff. Loco cit.

da 3 rialzi, da 5 nella metà addominale. L'epitelio cilindrico di rivestimento conformemente alle osservazioni di Popoff (1) è più alto alla cima delle pieghe che al fondo delle sinuosità. L'altezza media alla metà della vita intrauterina è circa 11 μ, i nuclei ovali sono lunghi circa 6 μ. In proposito a queste cifre debbo confermare pienamente la poca attendibilità dei risultati della tecnica istologica ordinaria sopra gli epiteli tubarici tratti dal cadavere, affermata dal citato autore. Già nell'epoca in discorso ho riscontrata una lacuna mucosa, cioè una di quelle cavità pseudo-ghiandolari che furono descritte nell'adulta. È tappezzata da un epitelio identico a quello delle pieghe; la lunghezza molto limitata della cavità è parallela all'asse della tuba, l'orlo di sbocco ha la direzione caratteristica curvilinea dell'adulta; i nuclei del connettivo non presentano speciali aggruppamenti. È da ritenere con probabilità che le pieghe si siano fuse nell'accrescimento; forse queste cavità non saranno permanenti, ma non ho potuto riscontrare nei preparati dei fatti che permettano altre conchiusioni. Al 6.° mese la ramificazione delle maggiori pieghe è già sviluppata alla cima ed ai lati, e sono numerosi i rialzi immediati della parete. Si distingue bene la muscolatura longitudinale per la figura dei nuclei delle cellule muscolari, oblunghi nei tagli longitudinali. Si può dire che al 6.° mese la tuba ha già assunto i caratteri grossolani definitivi, cioè l'aspetto della tuba adulta. Nella tuba di feto novimestre ho osservato sinuosità e torsioni in più forte proporzione che in tutti i feti di età minore. Basti dire che in un taglio longitudinale che comprende 1 cm. circa di tuba nella metà addominale, ho osservato fino a 6 lumi separati, alcuni oblunghi altri del tutto rotondi. Le misure delle cellule epiteliali di rivestimento della mucosa, in altezza oscillano tra 14 e 14 μ, i nuclei tra 8 e 10 μ, raggiungendo pressochè i limiti della tuba adulta. In questi diversi stadi di sviluppo non ho potuto confermare, almeno in tutti i suoi elementi, la legge emessa da Popoff intorno all'accrescimento delle tube proporzionale all'età: mentre le pareti sono più spesse nella prima che nella seconda metà della vita intrauterina proporzionatamente ai diametri della tuba, il lume segna invece la proporzione inversa.

Approfittando dei pezzi in cui alle piccole tube fetali era annessa la maggior parte del ligamento largo che poteva essere studiata con-

---

(1) Popoff. Loco cit.

temporaneamente e in vista di certe frangie che sono verosimilmente in rapporto con ciò che verrà esposto innanzi, mi permetto una breve digressione sul paraovario: Popoff nel lavoro citato si è occupato principalmente della struttura microscopica dei tubuli, meno del tessuto circostante. Come è noto il corpo di Rosenmüller cresce nel feto, dal periodo di atrofia del corpo di Wolff fino al termine della vita intrauterina. Appartiene all' ala della tromba che alla metà della vita fetale non ha ancora raggiunto la situazione definitiva. In questo periodo i miei preparati di sezioni che intersecano obliquamente un piano antero-posteriore rispetto alle tube e legamenti, offrono i tubuli raccolti nel senso della lunghezza in un corpo quadrangolare da un lato del quale parte la tuba con un peduncolo sottile, e dall' altro con un peduncolo più grosso l'ovaio a forma di C rovesciato colla concavità in basso. In questo peduncolo più grosso si notano numerosi e grossi vasi: questi sono destinati a formare il futuro bulbo. Degli altri due angoli uno si continua colla base del legamento largo, l' altro (corrispondente al lato della tuba) fa capo ad una piega frangiata coperta di epitelio analogo a quello del padiglione e provvista di vasi. Questa piega si continua pure in sezioni dove il corpo quadrangolare è molto più ridotto, cioè verso l'esterno. Lo sviluppo di questa piega diminuisce con l' avanzare della età del feto, così già al 6° mese è molto minore. Quantunque si trovi qualche tubulo in vicinanza della piega, la direzione prevalente dei tubuli è dalla tuba verso l'ovaio. La impressione che si riceve da queste figure è che in questi periodi remoti di vita fetale il paraovario ed il legamento largo futuro non debbano costituire come nell' adulto l' ala della tromba in modo principale, ma piuttosto quella dell' ovaio: l' ala della tuba è sottile, lunga e sembra una dipendenza del corpo che sostiene l'ovaio, tuttochè entro di esso si trovino i tubuli di Rosenmüller.

Appendici frangiate, tube, lumi, ostii accessorii e formazioni cistiche.

I reperti istologici di queste anomalie non sono meno interessanti di quelli macroscopici e meglio di essi dimostrano la stretta analogia che passa tra forme apparentemente tanto diverse. La struttura delle appendici risulta, già ad un esame superficiale, in tutto analoga a quella

delle fimbrie primarie e secondarie del padiglione rappresentata nella figura della tav. I.ª Il tessuto fondamentale è dato da connettivo a scarsi nuclei, riccamente vascolarizzato, il rivestimento è costituito da epitellio cilindrico semplice; solo raramente e verso la base si possono osservare fibre muscolari oblique e longitudinali, continuazione degli strati muscolari prossimi della tuba. Fu già osservato che alla base talora si apre un lume comunicante colla cavità tubarica, cioè le appendici si trovano in tal caso in rapporto con ostii accessorii; così nella tuba 27.ª che al riguardo di questi ultimi offre i rapporti più numerosi e complessi. Gli ostii in rapporto con appendici non mutano veramente la loro ordinaria configurazione: dal fondo della apertura caliciforme le pieghe mucose del lume principale rimontano gli angoli formati dalla parete e si dirigono allo esterno senza tortuosità. Talora l'ostio stesso molto sporgente può essere scambiato con una grossa appendice, giacchè ne ripete tutta l'apparenza esteriore. In realtà fu detto che tali appendici non sono canalizzate e tale ostio merita piuttosto il nome di « tuba accessoria. » Un esempio si ha nella singolare tuba ora citata: la salpinge accessoria grossa alla base, forma un angolo debolmente acuto colla tromba principale. A questo livello i lumi di entrambe si comportano come il lume ripiegato nelle forti curvature, angoli acuti delle tube. All'apice di questi ultimi, ordinariamente, il lume compreso in una sezione parallela ad un piano tangenziale, è ovale. Nei tagli successivi il lume si va strozzando a metà fino a dividersi in due lumi distinti: le pieghe decorrono costantemente parallele al lungasse; la strozzatura è rappresentata da sporgenze perpendicolari alle rispettive pareti e dalle quali partono pieghe in direzione parallela a quelle precedenti. Le dette sporgenze non sono perfettamente uguali tra loro nè si trovano mai perfettamente l'una dirimpetto all'altra, ma crescendo si incontrano piuttosto per la loro superficie laterale e a questo livello non contengono muscoli ma solo vasi, del resto connettivo come nelle pieghe comuni. Nei tagli successivi costituiscono vere travate che presto intercettano il lume, la loro unione verificandosi, come fu detto, nei lati e intercettando degli spazi rivestiti di epitellio, analoghi alle descritte lacune mucose, i quali diventano assai numerosi, prima al centro, poi nei lati della travata o spigolo dello sperone del lume; finalmente scompaiono, intanto che le fibre muscolari dello strato circolare si insinuano obliqua-

mente e in numero scarso nel setto insieme a grossi vasi. Più avanti il setto è percorso da una zona di fasci muscolari paralleli al suo asse e continua con la muscolare dei due lumi risultanti. Le pieghe cominciano a disporsi regolarmente secondo i raggi dei due lumi, come nella sezione trasversale di un lume ordinario. In sezioni successive la muscolatura del setto comincia a separarsi in due zone agli estremi del medesimo, più tardi al centro, le fibre intermedie assumendo direzione obliqua, poi agli estremi del setto compaiono fasci di muscolatura longitudinale che in seguito si distibuiscono anche al centro. Finalmente i due lumi sono completi nelle loro pareti, tra le quali compare del connettivo sempre più lasso che riempie l'angolo tra le due tube.

Il lume staccato dalla tuba madre continua attraversando tutta la lunghezza del peduncolo conico già notato all' esame macroscopico. Si assottiglia man mano che si avvicina all'apice, dove termina col padiglione in un ostio reso un po' eccentrico da una frangia grossa che gli fa in parte da coperchio. Disposizioni più complicate dei lumi e delle pieghe, ma fondamentalmente analoghe a quelle sopranotate, si riscontrano nelle tube molto tortuose. In genere la disposizione non raggiata delle pieghe in un lume ovale (in sezione trasversa della tuba), accenna ad esistenza pregressa (nello sviluppo) di angoli o torsioni. I lumi risultanti da queste curvature, che sono una espressione dei processi di torsione, non sono sempre uguali, ma nelle torsioni molto complicate, come ha mostrato Freund, nascono disposizioni dei lumi svariate. Si possono persino avere in una sezione dei piccoli lumi isolati fuori della muscolare o in mezzo a questa, variamente orientata, e costituenti i diverticoli degli autori. Così, ad esempio, il pezzo osservato da Mackenzie (1) e probabilmente quello di Haultain (2), a due lumi.

Di questa natura devono essere anche i casi accennati da Ferruta (3) e quello descritto da Ferrari (4), che a ragione distingue le cavità accessorie della mucosa da quelle della muscolare, quantunque non sia costante il carattere di cavità chiuse dato alle prime. Il significato delle

---

(1) Mackenzie. *Medical press and Circular*, London, gennaio 1892.

(2) Haultain. Congresso di Edinburgo. Riferito nel *Centralblatt f. Gynäk.*, 6 Januar 1894.

(3) Ferruta. Loco cit.

(4) Ferrari. Loco cit.

ultime non può pertanto essere accomunato con quello dei diverticoli di altri organi, che non subiscono la torsione fisiologica dello sviluppo, come fa questo autore. I lumi in discorso sono tutti intratubarici; nella tuba 27.ª ho avuta l'occasione di osservare un lume che per la sua genesi singolarissima merita di esser detto estratubarico: in prossimità del secondo ostio già descritto nasce una appendice molto frastagliata con base sottile, diretta verso il padiglione principale, percorre un certo tratto alla sua origine e in rapporto colle frangie dell'ostio, unita alla tuba, dalla quale si stacca poscia per terminare con sottili frangiature. Nelle sezioni oblique all'asse della appendice, si osserva alla origine un lume ovale che si mantiene restringendosi fino al punto in cui la appendice si stacca dalla tuba: a questo livello il lume è avvicinato alla superficie della tuba un poco sporgente e si trova isolato un ammasso di frangie fuori della tuba e verso la direzione del padiglione.

Lo stesso lume ha il suo diametro maggiore parallelo alla superficie della tuba molto più ricco di pieghe nel lato interno che nell'esterno, il quale oltre che appianato presenta anche l'epitelio sempre più basso quanto più il canale si va restringendo e avvicinando alla tuba. Alla origine questa cavità è assai frastagliata, si osservano le frangie dell'appendice e quelle più periferiche dell'ostio vicino, quasi a contatto, poi addirittura fuse. Evidentemente si tratta di fusione delle frangie e superfici ad epitelio analogo a quello della mucosa, nella quale è rimasto intercettato uno spazio centrale. Ne risulta dunque una cavità tutta nuova ed estranea al lume della tuba, di complicata e strana formazione. È una fimbria soprannumeraria, un'appendice che aderisce alla parete tubarica. È appunto dalle adesioni che deriva, a mio vedere, tutta la importanza di queste appendici. In vicinanza di un padiglione cistico e con irregolare formazione delle frangie (a tuba del resto normale) ho osservato parecchie fasi di questa adesione rappresentate nella figura 7 della tavola II. A proposito delle figure debbo osservare che a confronto dei fatti descritti sono piuttosto manchevoli di numero. Io spero venire scusato con ciò, che io stesso ho voluto ritrarre dal microscopio le figure (coll'aiuto della camera lucida) e riportarle sulla pietra litografica; rappresentando queste un mio primo tentativo, credo che troverò venia se anche la riuscita non fu perfetta.

Sono peraltro convinto che (anche secondo il parere di alcuno tra

gli stessi litografi) tali disegni, dopo un conveniente esercizio, non possano meglio farsi che da coloro i quali hanno fatti e interpretati i preparati. Ritornando alla figura citata si può vedere nei punti *a*, *a*, *a* una fessura aperta tra due frangie del padiglione, grosse, in basso la fessura si apre, previo un restringimento, allo esterno, è tutta tappezzata di epitelio analogo a quello della mucosa: rimontando verso l'alto si vede il passaggio dallo stato di fessura a quello di lume chiuso *b*, rivestito dello stesso epitelio e vicinissimo a quella. Di lato a sinistra si osservano fasi di adesione delle frangie, più avanzati *b*, *d* (in *d* è rappresentato uno strato epiteliale tagliato in senso parallelo allo strato), intorno a *b* si va orientando la muscolatura *f* abbastanza regolarmente secondo una disposizione concentrica dei fasci. Questi prendono origine da fasci obliqui e longitudinali alla direzione delle frangie. La forma spesso rotonda con disposizione regolare dell'epitelio cilindrico che questi lumi vengono ad assumere, il trovarsi multipli nelle funzioni complicate, dà a queste formazioni tutto l'aspetto di canalicoli del paraovario.

Accanto a queste forme se ne trovano altre, quali stadii più avanzati dei precedenti; cioè cavità circondate da epitelio assai modificato, ammassato a tratti, mentre le singole cellule sono basse, stipate a nuclei rotondi. La cavità *d* offre un contenuto di sostanza amorfa disposta in zolle irregolari, colorabile in violetto pallido colla ematossilina-eosina. Questo contenuto frequentemente si riscontra presso la superficie, più raramente in seno ai tessuti del padiglione profondamente. La cavità *c* più grande, vuota, proviene forse dalla fusione di piccole cavità separate da setti molto sottili, come se ne ha esempio anche in questo preparato. L'epitelio è modificato nella solita maniera: la irregolare zona che lo costituisce oscilla in altezza tra 40 e 10 μ, i nuclei rotondi misurano in media 8 a 4 μ. Le forme ultimamente descritte rappresentano, al sicuro, i primi stadii della formazione di cavità cistiche. Nello stesso padiglione si osserva una cisti più grossa collo stesso carattere delle cisti di altri padiglioni, cioè situata allo esterno a livello delle frangie. Una grossa cisti del padiglione presenta una parete spessa a due strati distinti: uno esterno di connettivo fibroso e uno più sottile interno che rappresenta l'epitelio di rivestimento in tutto simile a quello ora descritto. La base aderente della cisti è ampia, molto sinuosa, ricca di

vasi e fibre muscolari dirette in vario senso, per lo più parallele alla superficie della cisti. Lo spessore che separa quest'ultima dal lume del padiglione è variabile, sovente occupato da connettivo lasso per la maggiore estensione; nella grossa cisti peduncolata della tuba 14.ª (che è fuori del padiglione) il peduncolo è fornito di fibre muscolari e si continua alla base con numerose formazioni frangiate. Le pareti di queste cisti si ispessiscono formando speroni e concamerazioni (queste sono anche dovute a ripiegamento della parete con saldatura delle pieghe) talora sporgenze in tutto simili a pieghe mucose, con accenno di ramificazioni che terminano bruscamente nello strato fibroso della cisti. La sede di queste sporgenze, è per lo più corrispondente al lato di impianto della cisti. A formazioni simili accenna G. Killian (1) rispetto alle cisti paraovariche. Nella tuba 35.ª una cisti grossa presenta il rivestimento interno costituito di epitelio cubico in massima parte. Quanto alle cisti che furono dette ovulari, presentano un contenuto analogo a quello denso amorfo descritto sopra. Se ne trova rappresentato una nella figura 6 della tavola II, in sezione che comprende anche l'impianto della tuba. La parete è sottile, costituita da uno strato esterno fibroso e uno interno *a* di piccole cellule stipate a nuclei rotondi e colorati intensamente coi mezzi comuni; questi sono accumulati in maggior copia dal lato della tromba. I rapporti di tali cisti colla parete tubarica sono svariati, ordinariamente come qui sono infossati nel tessuto tubarico per più che metà della loro estensione, il loro connettivo fibroso *b* si continua con lo strato connettivale esterno (sottosieroso) della tuba. Dal lato della tromba il connettivo ha scarsi nuclei e vasi, a distanza ponno osservarsi le sezioni per traverso dei fasci più esterni di fibre muscolari longitudinali. In vicinanza di parecchie cisti ovulari la superficie della tuba irregolare e sporgente è tappezzata da epitelio analogo a quello osservato allo interno della piccola cisti. Finalmente in un caso la cisti è in rapporto con una appendice il cui rivestimento dal lato della tuba è fatto di epitelio cubico e addossato alla tuba circoscrivendo insieme alla cisti una cavità prismatica chiusa.

Con i reperti fin qui esposti la origine delle cisti tubariche sarebbe

---

(1) G. Killian. « Zur Anatomie der Parovarialcysten. » *Archiv f. Gynäk.*, Bd. XXVI, Hft. B.

ancora oscura se i reperti ottenuti nel feto non porgessero maggior lume: nei feti furono riscontrate solo cisti peduncolate. Ho fatto sezioni longitudinali della tuba 38.ª, appartenente a un feto novimestre, assai contorta, con 3 cisti: i peduncoli si staccano dal lato anteriore del padiglione, sono provvisti di poche fibre muscolari in continuazione di quelle dello strato esterno longitudinale e di vasi di calibro considerevole, dal loro contorno partono frangie simili a quelle del padiglione. Nella figura 2 della tavola II sono rappresentate le due cisti in una sezione molto prossima alla superficie, mentre nella figura 1 della stessa tuba è rappresentata la sezione più superficiale della cisti più grossa della tuba 39.ª Invece di una cavità e parete cistica si osservano forme massiccie con tutto l'aspetto di appendici frangiate. Nella maggiore però della figura 2 che rappresenta una sezione meno superficiale è visibile un principio di cavità *b* che a tutta prima ricorda una sezione di tuba fetale, obliqua, col lume tappezzato di mucosa e pieghe. In *c* però, ossia nel lato opposto a quello del peduncolo si vedono continuare delle frangie. Nei tagli successivi, in serie, si vede accadere l'eguale nell'altra cisti, cioè stabilirsi una cavità coll'apparenza di cavità mucosa di una tromba in cui le frangie terminali sono già avvicinate fino a toccarsi. Così nella figura 3 della stessa tavola appare una delle sezioni più grandi con un tratto di peduncolo *b* finamente frangiato con una cavità maggiore *a* a pareti più sottili: la fusione qui manifestamente è avvenuta in *e* dove si dirigono le frangie e la parete ha lo spessore minimo. Da questa forma si arriva all'altra offerta dalla figura 4 per la cisti minore, dalla 5 per la maggiore dove finalmente è raggiunta la forma cistica. Nelle pareti sono venute rarefacendosi man mano le pieghe appianandosi la superficie e l'epitelio e risolvendosi lo spazio chiuso in un cavo rotondeggiante, circoscritto da parete sottile e uniforme, sono anche scomparse le frangie terminali prima descritte. Condizioni analoghe riscontrano invariabilmente in tutte le altre cisti fetali: oltre che nella Idatide di Morgagni anche nelle cisti peduncolate della fimbria ovarica. Una sola volta rinvenni condizioni molto somiglianti nella cisti collocata a metà di una fimbria ovarica adulta: quivi esistevano tutti i caratteri detti, in guisa che una metà della cisti era frangiata, l'altra costituiva la cisti vera e propria. È da avvertire che le apparenze macroscopiche non tradiscono per nulla la natura frangiata di queste cisti. La ricerca esatta

del modo di prodursi di queste cisti e delle presenti anomalie non mi pare inutile anche in vista del loro valore clinico non al tutto trascurabile. Benchè P. Müller (1) dichiari sommamente incerto se gli ostii soprannumerarii debbano riguardarsi come causa di sterilità, mentre Freund e Veit (2) a semplici disturbi di innervazione delle tube attribuirono importanza per la gravidanza ectopica, e Schroeder-Hofmeyer (2) rispetto a quest'ultima dubitano dell'influenza degli ostii in discorso, è certo tuttavia che Runge e Thoma (4) videro un ostio accessorio dar luogo ad una cisti tubo-ovarica. Perfino la Idatide di Morgagni, la piccola, apparentemente innocua formazione, fu riconosciuta da Winckel (5) come possibile causa di gravidanza addominale, contraendo aderenze e fissando la tuba. Lo stesso autore la vide, in un caso, aderente all'utero per peritonite circoscritta e scoppiata. Non è a dire di altre anormalità riconosciute già da tempo come pericolose e confermate in questo concetto recentemente da Abel (6). Ritornando alla ricerca in discorso, Ballantyne e Williams (7) hanno ben riconosciuto che la cavità della Idatide di Morgagni è tappezzata da mucosa. Questa sarebbe per loro, a pieghe semplici, ad un solo strato di cellule epiteliali cilindriche ciliate; le pareti provviste di fibre muscolari, circolari e longitudinali, il peduncolo muscolare e il contenuto liquido chiaro, mentre le cisti dei residui dei tubi di Wolff, avrebbero peduncolo e pareti fibrose con epitelio cubico. Invece Killian (8) ammette anche nelle cisti dell'ultima specie l'elemento muscolare, e il rivestimento epiteliale cilindrico con papille e ghiandole.

Intanto le pieghe mucose che i primi autori osservarono nell'interno della cisti, avvicinano la descrizione ai reperti che io ho dato. Riconosciuta la esistenza delle appendici frangiate e la loro tendenza alla fusione, i fatti riportati in riguardo alle cisti della tube fetali mi paiono

---

(1) P. Mueller. « Die Krankeiten des weiblichen Körpers in ihren etc. » Stuttgart, 1888, S. 195.

(2) Freund, Veit. V. Müller, loco cit. (« Innervationstörungen. »)

(3) Schroeder. Loco cit.

(4) Runge u. Thoma. « Ein Fall von Tuboovarial Cyste. » *Archiv f. Gynäk.*, Bd. XXVI, Hft. 3.

(5) Winckel. Loco cit.

(6) Abel. *Archiv f. Gynäk.*, XLIX Bd., 1 Hft.

(7) Ballantyne and Williams. Loco cit.

(8) Killian. Loco cit.

sufficienti ad illuminare almeno una maniera di origine delle cisti tubariche. Con ciò tutte le formazioni anomale della tuba vengono a presentare un nesso tra loro. Freund (1) aveva già messo in rapporto alcuni ostii soprannumerarii e cisti con le torsioni: la parete assottigliata di una voluta prominente tra due attorcigliamenti forti, costituente una sacca cistica, si rompe e dà luogo all'ostio, questo avviene più spesso verso l'estremo addominale. Ostii di questa natura erano stati anche osservati da Rokitansky (2). De' rapporti dei lumi accessorii con le torsioni fu già detto. Un lume accessorio poi fu trovato nella tuba 27.ª in intimo rapporto colle appendici. Riguardo alle cisti di Morgagni, Kölliker (3) pensa ad un'origine patologica, mentre l'apertura superiore del canale di Müller primitivamente a bordi lisci diventerebbe frangiata costituendo il padiglione. Kobelt (4) riteneva che tale cisi corrispondesse all'estremo superiore chiuso del tubo di Müller.

O. Hertwig (5) ritorna alla idea di Kobelt, con riserva, ritenendo poi probabile che il segmento del canale di Müller contenuto nel ligamento diafragmatico del corpo di Wolff si atrofizzi, il padiglione sarebbe dunque una formazione tutta nuova. Non ho consultato il lavoro di Annam (6) ma il Cuzzi dice che i punti di embriologia concernente la quistione non sono chiariti neanche da lui. Secondo me la ipotesi di Waldeyer (7) delle anomalie di chiusura della doccia che dà luogo al canale di Müller nel segmento superiore, quindi alla tuba, a spiegazione degli ostii sopranumerarii, e quella di ripiegatura anormali dell'epitelio germogliante dei canali di Müller (8) sono soddisfacenti dal punto di vista accennato dei rapporti tra le formazioni descritte. Comechessia la teoria di Waldeyer relativa agli ostii accessorii è ancora quella che si trova meglio in accordo con le dottrine di Freund sulla torsione; quanto

---

(1) Freund. Loco cit.

(2) C. Rokitansky. « Lehrbuch der pathol. Anatomie. » 1861.

(3) Kölliker. « Embriologie ou traité complèt etc. » Trad. Schneider, Paris, 1892.

(4) Kobelt. V. Kolliker ibid.

(5) O. Hertwig. « Traité d'embriologie. » Trad. Julin, Paris, 1891.

(6) Annam. « Beitr. z. Morphol. d. Müller'schen Gänge. » *Archiv f. Gyn.*, Bd. XLII, Hft. 1. — V. Cuzzi. Op. cit.

(7) Waldeyer in Schroeder-Hofmeyer, loco cit.

(8) V. Winckel. Loco cit.

alle formazione di frange che dà luogo al padiglione è ovvio supporla collegata a quella delle appendici o fimbrie soprannumerarie, queste ultime, verosimilmente, come espressione di anormali ripiegature dell'epitelio.

Rispetto alle cisti non mi pare debba lasciar dubbio la possibilità di ciò che le frange soprannumerarie, analoghe a molte che si trovano sull'orlo del padiglione, ne siano la origine per un processo in tutto simile a quello che si verifica per la fusione delle pieghe della mucosa. Gli stadi principali di questo processo furono anche rappresentati. La Idatide di Morgagni non sarebbe per me dunque nè un prodotto interamente patologico, nè l'estremo del condotto di Müller, nè un residuo del reno cefalico, ma un prodotto della fusione degli estremi frangiati delle appendici, così frequenti verso il padiglione, od isolate, o come esagerazione delle fimbrie ordinarie. Come questa fusione dia luogo ad una cavità rotondeggiante e ad un peduncolo cilindrico, non mi pare possa rendersi chiaro nello stato attuale delle conoscienze embriologiche. Però questo fatto presenta perfetta analogia con l'altro delle frangie isolate o appendici che assumono costantemente la forma di cordoni cilindrici. Più facile a intendere è come a fusione completa la secrezione distenda il cavo atteggiandolo alla forma definitiva, e forse il liquido potrebbe già spiegare questa influenza in parti per avventura declivi, avanti la completa chiusura. La presenza delle appendici e cisti relative fuori della presunta linea di saldatura della doccia primitiva, non costituisce un argomento sfavorevole alla ipotesi fatta, avendo in vista, come si fece per gli ostii, lo spostamento complicato dei varii punti della superficie tubarica durante il processo di torsione. Ritengo che interpretazioni più assolute su tutte queste formazioni non possano formularsi che sopra dati più sicuri intorno allo sviluppo dei genitali interni. Naturalmente resta esclusa da questo ordine di idee una parte almeno delle cisti sessili, tipo ovulari.

Quantunque anche recentemente Lataste (1) abbia ritenuto che gli ovuli caduti nella cavità addominale, fecondati o no, finiscano per es-

---

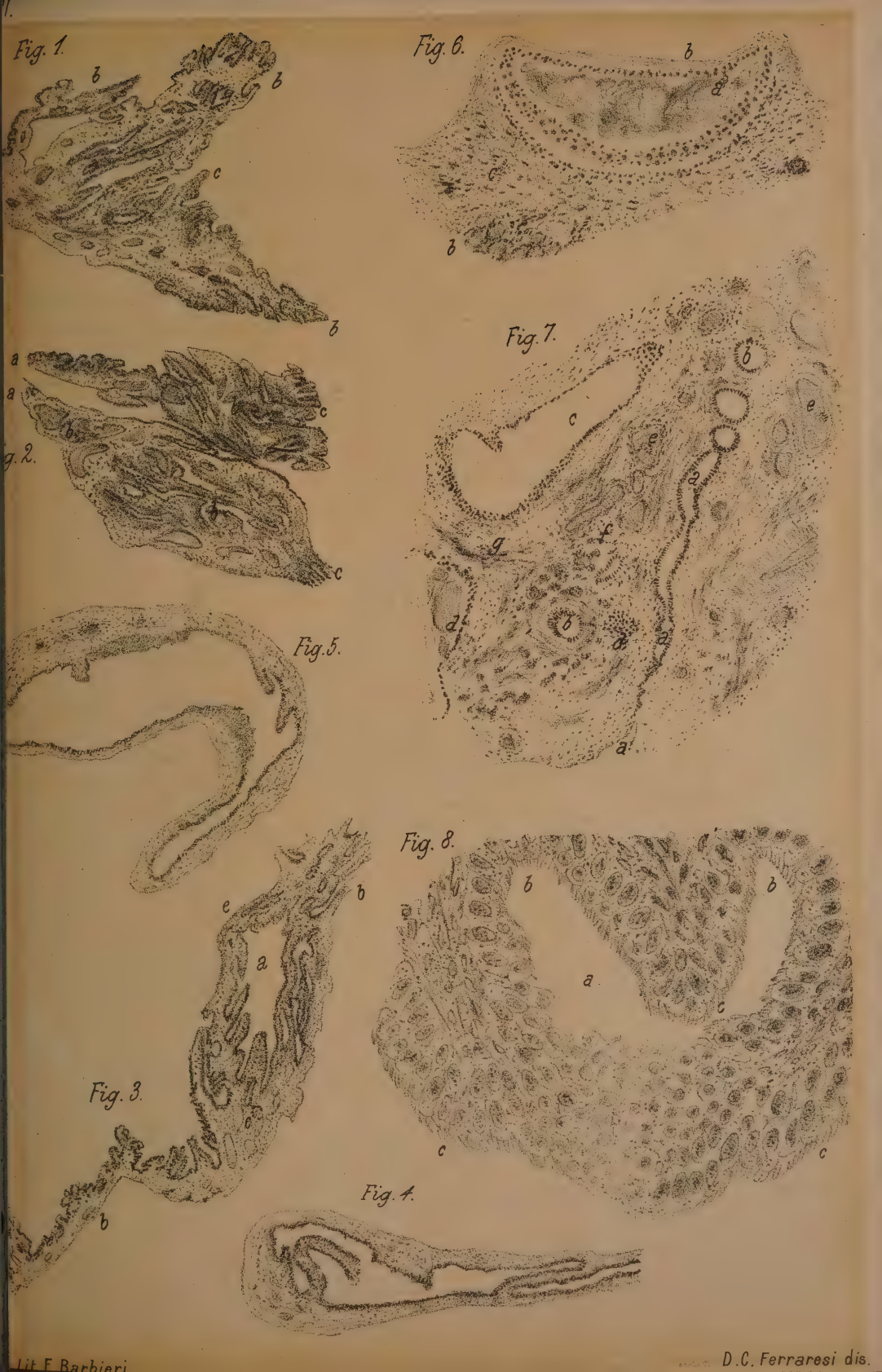
(1) Fernand Lataste. « Les recherches sur la fécondation et la gestation des mammiferes de J. Ovanoff et la gestation extrautérine. » Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie, 9 décem. 1893.

Tav. I.

Lit. F. Barbieri

D.C. Ferraresi dis.

ROYAL COLLEGE OF MUSIC
15 OCT 94
LIBRARY



Lit. F. Barbieri

D.C. Ferraresi dis.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
16 OCT 94
LIBRARY

sere eliminati, sia che escano per la via normale sia che muoiono o siano riassorbiti e io abbia rinvenute le cisti ovulari in tuba a padiglione normale in seno a strati profondi del padiglione e in rapporto con altre formazioni cistiche indubbiamente riferibili ad altra origine e in sedi che non vengono in contatto coll'ovaio, debbo tuttavia citare alcuni fatti contrarii a questi. Sta di fatto che tali cisti furono nei casi esposti frequentissime nei casi di padiglione anomalo per forma e situazione, di ovaia non funzionante e mancanti nei feti, finalmente non si può escludere che le appendici trovate in rapporto con queste cisti abbiano agito semplicemente nel senso di fermare gli ovuli. Perciò per un buon numero almeno di tali cisti la origine ovulare è ancora accettabile.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Tavola I.ª

Fig. unica. — Padiglione di tromba normale in sezione longitudinale (un poco eccentrica).

a. Fimbrie primarie — *b.* Fimbrie secondarie — *c.* Estremità di pieghe centrali, la cui origine non è contenuta in questa sezione — *e.* Fasci di fibre muscolari in diverse direzioni (alcuni sono diretti longitudinalmente alla base delle fimbrie primarie) — *f.* Connettivo lasso — *g.* Cavità mucosa — *h.* Un vaso grosso in sezione trasversale. — Ingr. Koritska, Oc. III, Ob. I.

Tavola II.ª

Fig. 1. — Estremo fimbriato della appendice della tuba 39.ª

a. Inserzione del peduncolo — *b.* Frangie terminali — *c.* Depressione centrale. — Ingr. Kor. Oc. III, Ob. I.

Fig. 2. — Sezioni superficiali delle due cisti del padiglione di feto novimestre.

a. Inserzione del peduncolo — *b.* Accenno di cavità — *c.* Estremo frangiato. — Ingr. Oc. V, Ob. I.

Fig. 3. — Sezione più profonda della maggiore delle due cisti precedenti.

a. Cavità — *b.* Peduncolo e frange terminali — *c.* Vasi — *e.* Punto di fusione. — Ingr. Oc. V, Ob. I.

Fig. 4 e *5.* — Le solite cisti minore e maggiore in sezioni più prossime al centro. — Ingr. Oc. V, Ob. I.

Fig. 6. — Cisti ovulare.

a. Contenuto della cisti — *b.* Strato esterno fibroso (a sinistra in basso vedonsi fasci della musc. long. tagliati per traverso) — *c.* Piccolo vaso. — Ingr. Oc. II, Ob. IV.

Fig. 7. — Incipiente formazione di cavità intraparietali nel padiglione.

a. Fessura tra due fimbrie — *b.* Spazii cilindrici formati per le adesioni — *c.* Cisti incipiente — *d.* Contenuto cistico solido — *e.* Vasi — *f.* Fasci longitudinali — *g.* Id. circolari. — Ingr. Oc. II, Ob. IV.

Fig. 8. — Cavità pseudoghiandolare della mucosa.

a. Cavità — *b.* Sinuosità alla base delle pieghe — *c.* Epitelio della cima delle pieghe — *p.* Tratto di fusione delle pieghe. — Ingr. Oc. II, Ob. VIII.

LA SINFISIOTOMIA

Relazione del Prof. PINARD (1) all'XI Congresso Medico Internazionale in Roma (1894)

A. PARTE CLINICA E STATISTICA.

Quando il 7 dicembre 1891 esponevo le ragioni e i fatti per cui mi ero deciso ad entrare nella via segnata da Sigault, nella quale la scuola napoletana e segnatamente il suo illustre rappresentante, il prof. Morisani, ottenevano sì splendidi successi, io mi appoggiavo appunto e sopratutto alle ricerche anatomiche e sperimentali intraprese dal prof. Farabeuf, e da un suo e mio collaboratore, il dott. Varnier, professore aggregato.

Da allora non abbiamo smesso d'osservare e di sperimentare, così che oggi io porto innanzi a voi i frutti dei nostri studi clinici, anatomici e sperimentali.

Chiamato all'onore di essere fra i prescelti a riferire intorno a questa grande questione che deve essere discussa al Congresso, la sinfisiotomia, mi permetto d'esporvi brevemente il modo con cui ho creduto di dover rispondere al mio mandato. Non mi parve necessario occuparmi della storia dell'argomento. Ciascuno di voi sa che esso appartiene a Sigault, a Aitken e alla scuola italiana, personificata nel Morisani. Spero che il mio eminente collega non mi vorrà contestare che tale sia la storia

(1) Alcuni paragrafi della relazione del prof. Pinard riguardante i lavori di Farabeuf furono leggermente ritoccati da lui, però solo nella forma, di guisa che non v'abbia luogo ad alcun equivoco. A Roma, per far comprendere a tutti la propria relazione, il prof. Pinard disponeva degli apparecchi di dimostrazione e delle murali, poliglotte, prestate a lui da Farabeuf.

antica e moderna, e che su questo punto possa aprirsi questione. Noi dobbiamo salutare questi nomi gloriosi che campeggiano in questi due periodi e li lumeggia.

Mentre sono felice d'incontrarvi il nome di un mio connazionale, quello di Sigault, non mi rallegro meno di potermi inchinare innanzi a Morisani, cui tributo l'espressione della mia considerazione.

Quanto alla storia contemporanea, essa deve limitarsi a tener nota dei fatti e a commentarli. Non è ancora venuto il tempo in cui si possa trattare l'argomento filosoficamente, e stabilire la parte di merito che v'ebbe ciascuno.

Mi basta dirvi che non intendo di ricordare i nomi di tutti coloro che hanno parlato o scritto intorno a tale questione senza averne la competenza. Solo chi v'ha apportato contributo di ricerche, di studi e di fatti potrebbero aver diritto di essere citati. E neppure mi assumerei il compito di enumerarvi tutte le memorie e di richiamarvi tutte le osservazioni che furono in proposito pubblicate in questi ultimi anni, e che ogni dì crescono di numero.

Anche a costo di sembrarvi troppo personale, io non porterò qui che le osservazioni raccolte nel mio servizio, alla Clinica Baudelocque. A questo punto esse sono già così numerose che i risultati non possono essere attribuiti al caso, ed io penso ch'essi bastano a mostrare ciò che possiamo attenderci da un'operazione metodicamente eseguita. Così potrò paragonare i risultati ottenuti dall'ampliamento momentaneo della pelvi con quelli avuti anteriormente *dalle stesse persone e nel medesimo servizio con altri mezzi.* Soltanto a siffatte condizioni il paragone può essere logico e le percentuali possono essere accolte con fiducia.

Esaurito nel modo più rapido che sarà possibile questo capitolo clinico, esporrò i risultati delle ricerche anatomiche e sperimentali, avendo riguardo:

1.° all'anatomia ed alla fisiologia della articolazioni sacro-iliache prima e dopo la sinfiotomia,

2.° alla valutazione dei vantaggi apportati dalla sinfisiotomia,

3.° alla tecnica operatoria.

Ma prima debbo compiere un dovere.

Io non potrei mettere in capo alla mia relazione il mio nome solo mentre essa è il frutto dei lavori di tre persone: il prof. Farabeuf, il

prof. aggreg. Varnier, e me. Mentre durante la seguente esposizione non tarderà ad apparirvi quanta parte v'ebbe il prof. Farabeuf, potrà invece sembrarvi piccola quella di Varnier. Invece così non è, o signori. Voi già sapete quanto si sia adoperato il nostro collega per far conoscere ed apprezzare la sinfisiotomia; conoscete già le sue numerose pubblicazioni intorno all'argomento: eppure io voglio ancora affermare per vero debito di giustizia ch'egli ha con me collaborato senza posa.

Non v'ha, per così dire, osservazione della quale egli non sia stato testimonio od autore, e se si dovesse di tutto il nostro lavoro collettivo valutare la parte che spetta ad ognuno, dovrei confessarvi che l'allievo ha superato il maestro. Questo io dovevo dirvi, questo costituisce una delle mie maggiori compiacenze.

Dal 4 febbraio 1892 all'8 marzo 1894, nella Clinica Baudelocque si praticarono 38 ampliamenti di bacino: 36 sinfisiotomie, 1 pubiotomia e 1 ischio-pubiotomia o operazione di Farabeuf.

Delle 36 sinfisiotomie:

23 furono praticate da Pinard;
6 dal dott. Varnier, prof. aggregato;
3 dal dott. Lepage, capo di clinica;
3 dal dott. Wallich, capo di clinica;
1 dal dott. Potocki, capo di clinica;
la pubiotomia è stata praticata dal dott. Varnier;
la pubio-ischiotomia, o operazione di Farabeuf da Pinard.

Questi 38 ampliamenti di bacino momentanei diedero i seguenti risultati sommari:

Madri: guarite, 36; morte, 2.

Bambini: viventi, 34; morti, 4.

La pubiotomia e l'ischio-pubiotomia hanno dato esito assolutamente favorevole per la madre e pel bambino. Così abbiamo una somma totale di 74 vivi e 6 morti. Io stesso praticai la sinfisiotomia nelle due donne che soccombettero.

Esaminiamo partitamente le cause che hanno portato la morte delle due donne e dei quattro bambini.

La prima delle due donne che soccombettero (oss. 564, XX° sinfisio-

tomia) (1) fu operata nelle seguenti condizioni: travaglio iniziato da tre giorni, acque colate da 66 ore, liquido amniotico verde, denso ed estremamente fetido, donna parecchie volte esplorata a casa da una levatrice e da un medico.

L'atto operativo non offrì alcun incidente. Riunione immediata della ferita superficiale. La donna morì al 9.° giorno di setticemia stafilococcica. Benchè si fosse constatato che la donna al suo ingresso nella clinica versava in gravi condizioni, pure, fatta diagnosi di feto vivo, io praticai la sinfisiotomia, convinto che l'operazione sarebbe stata un danno per la mia statistica, non per la madre. E questa convinzione mantenni anche dopo i risultati della necroscopia.

La seconda donna che soccombette (oss. 1830, XXVII sinfis.) (2), aveva un bacino viziato per *spondylolisthesis*. Operata nelle migliori condizioni, ella morì in settima giornata per un'ostruzione intestinale occasionata da una biglia, o meglio da una frangia, assai sottile, situata all'unione dell'S iliaca col retto, frangia che non si potette rilevare in una laparotomia esplorativa eseguita in 5.ª giornata. All'autopsia nessuna traccia di processo infiammatorio nel piccolo bacino, e in corrispondenza delle articolazioni sacro-iliache. Epperò è impossibile riconoscere in questo caso un legame fra la sinfisiotomia e la causa della morte.

I quattro bambini morti sono quelli estratti colla prima, quarta, tredicesima e ventottesima sinfisiotomia.

Il 1.°	morì	tre giorni	dopo	la	nascita.	
Il 2.°	»	due »	»	»	»	
Il 3.°	»	sei ore	»	»	»	(3).
Il 4.°	»	alcuni min.	»	»	»	(4).

Nel primo caso la morte si dovette a una frattura d'un parietale prodottasi al momento dell'estrazione della testa postica.

Evidentemente, dati il volume della testa e la ritrettezza pelvica, il divaricamento delle branche del pube fu soltanto di 3 cent.; la testa

(1) Vedi *Ann. de Gynécologie*. T. 39, pag. 529.

(2) Vedi *Ann. de Gynécologie*. T. 39, pag. 529.

(3) Vedi *Ann. de Gynécologie*. T. 38, pag. 433, 438, 449.

(4) Vedi *Ann. de Gynécologie*. T. 41, pag. 445.

era assai ossificata, voluminosa (diametro B. P. 93), afferrata irregolarmente; essa stentava a impegnarsi e la cucchiaia del forcipe ne determinò la frattura. Dunque in questo caso è il forcipe che deve essere incriminato.

Il quarto soccombette in seguito a fratture multiple dovute all'applicazione del forcipe allo stretto superiore, prima che la donna entrasse nella clinica. Malgrado questa frattura, che non arrivai a ravvisare mercè l'esplorazione, il ritmo cardiaco era normale, ciò mi persuase di far la sinfisiotomia.

Così di quattro morti:

L'*una* (la prima), è imputabile alla mia inesperienza (avevo sezionato incompletamente la sinfisi e non sufficentemente allargato il bacino).

La *seconda,* al parto provocato troppo prematuramente.

La *terza,* a un' applicazione irregolare di forcipe, e a un divaricamento insufficiente delle branche del pube.

La *quarta,* alle applicazioni di forcipe fatte prima della sinfisiotomia.

Vediamo ora quali sono le complicazioni e quali gli accidenti che accompagnano l'operazione e la susseguono, e in quali condizioni di salute trovansi ora le nostre operate. Per rispetto alle complicazioni debbo ripetere ciò che notai già nelle due osservazioni 1071 e 1656.

Nella donna che fu oggetto dell' operazione 1071 (1), lo sviluppo esagerato delle vene in corrispondenza della regione pubica e una deviazione della direzione della sinfisi furono causa che Varnier praticasse la pubiotomia, dopo aver inutilmente cercato la sinfisi. Però l'andamento postoperatorio e il consolidamento del bacino furono rapidi quanto dopo la sinfisiotomia.

Nella donna che fu oggetto dell'osservazione 1656 (2), l'arto inferiore destro era anchilosato col bacino, la sinfisi non sulla linea mediana, ma deviata a destra, e il bacino asimmetrico. Sezionata la sinfisi, benchè si fosse ottenuto l'allargamento della pelvi, constatai che il divaricamento delle branche pubiche avveniva in modo asimmetrico: la metà sinistra si muoveva liberamente, mentre la destra restava più o meno rigida: da ciò due conseguenze: l'una che le due superfici di sezione si trovarono

---

(1) V. *Ann. de Gyn.* T. 41, pag. 11.

(2) V. *Ann. de Gyn.* T. 41, pag. 18.

d'un tratto non nello stesso piano: l'altra che quella di sinistra si allontanò un buon tratto dalla linea mediana, mentre quella di destra assai poco. Durante l'estrazione della testa col forcipe, la vescica rimase compressa e lesa. Ne derivò una fistola vescico-vaginale, che fu operata dal dott. Segond e che è in via di guarigione.

Non constatai accidente di sorta durante la sezione della sinfisi e il divaricamento delle branche pubiche. Le emorragie venose *en nappe* che spesso avvengono in seguito alla sezione del legamento arcuato furono sempre arrestate semplicemente col tamponamento a mezzo di spugne.

Durante l'estrazione del feto, cinque volte nelle primipare vidi prodursi una lacerazione della parete anteriore della vagina, che veniva così a comunicare colla ferita operatoria. Ma tali lacerazioni erano poco estese e guarirono *per primam* tre volte in seguito d'un tamponamento colla garza jodoformica, due volte in seguito ad applicazione di due punti di sutura.

L'applicazione preventiva della bolla Champetier renderà sempre più rara tale complicazione.

In una delle nostre osservate, finalmente, s'ebbe, a qualche giorno dall'operazione, incontinenza d'urina, senza che l'apparato urinario apparisse leso. Essa, dopo un puerperio assolutamente apiretico, in ventiduesima giornata abbandonò il letto, e dopo trentadue giorni uscì dalla clinica. Io l'indirizzai al mio distinto collega, il dott. Larat, che diagnosticò una paresi dello sfintere vescicale di causa isterica e instituì un trattamento elettrico che risanò rapidamente la donna.

In tutte le nostre operate le ossa pelviche si riconsolidarono siffattamente ch'esse poterono abbandonare il letto, muoversi, camminare speditamente, verso il ventesimo giorno dall'operazione.

Le operate che potemmo seguire ripresero le loro occupazioni di prima, e per dimostrare che il bacino riacquista veramente dopo la sinfisiotomia, la sua solidità, basterà ch'io dica che una fu per tutt'un anno nutrice, obbligata tutto il giorno e spesso anche di notte a starsene in piedi: un'altra restò come infermiera: una terza è portatrice di pane e fa scale da mattina a sera: una quarta faceva sovente il viaggio da Charenton a Parigi *a piedi,* portandosi in braccio il proprio bambino.

Un'operata divenne nuovamente gravida dopo tre mesi dalla sinfi-

siotomia, n. 1409 (1). La gravidanza non indusse rilassatezza patologica della sinfisi, la donna continuò nelle sue occupazioni fino all'8.° mese. L'essersi prematuramente rotte le membrane fu causa perch'essa entrasse di nuovo in clinica, dove sgravò spontaneamente di un bambino del peso di kg. 3,250. Il diciasettesimo giorno abbandonava la clinica completamente ristabilita.

Un'altra è presentemente incinta da cinque mesi (n. 609): la gravidanza decorre normalmente, la donna non avverte sofferenze di sorta in corrispondenza delle articolazioni pelviche.

Quanto ai bambini, basterà ch'io dia qui le cifre del loro peso al momento in cui lasciarono l'Istituto, perchè si possa facilmente indurne il loro sviluppo normale.

Peso dei bambini nel momento in cui lasciarono la clinica Baudelocque:

2.ª	sinfisiotomia	4630	grammi	21.ª	sinfis.	2250	gr.	
3.ª	»	3000	»	22.ª	»	3600	»	
5.ª	»	3824	»	23.ª	»	3980	»	
6.ª	»	4000	»	24.ª	»	2930	»	
7.ª	»	4340	»	25.ª	»	3880	»	
8.ª	»	4090	»	26.ª	»	3150	»	
9.ª	»	3630	»	27.ª	»	3580	»	
10.ª	»	3420	»	29.ª	»	3500	»	
11.ª	»	4840	»	30.ª	»	3790	»	
12.ª	»	4610	»	31.ª	»	3080	»	
14.ª	»	3980	»	32.ª	»	3590	»	
15.ª	»	3180	»	33.ª	»	3440	»	
16.ª	»	4060	»	34.ª	»	3370	»	
17.ª	»	3020	»	35.ª	»	3200	»	questi ultimi 2 sono ancora nella Clinica.
18.ª	»	4130	»	36.ª	»	3680	»	
19.ª	»	3950	»	ischiopub.		5560	»	
20.ª	»	3790	»	pubiotomia		4390	»	

Non abbiamo proprio potuto seguire da vicino tutti questi bambini: però la maggior parte d'essi l'abbiamo riveduta: sono tutti sani e si sviluppano regolarmente, eccezion fatta di uno, quello della 3.ª sinfis., nel quale constato presentemente un'idrocefalia assai spiccata. A questo

(1) V. *Ann. de Gynéc.*, T. 38, pag. 445, 10.ª sinfis.

proposito devo avvertire che tanto da me quando dal mio collega, il prof. Fochier, s' erano fatti molti tentativi di applicazione di forcipe prima di passare alla sinfisiotomia; tentativi che, se furono insufficienti ad estrarre il feto, determinarono però la frattura del cranio (V. l'operazione relativa al caso) (1). Nulla di più logico che questo traumatismo per darci ragione dell'idrocefalia.

La Tremoulet, nella quale eseguii l'operazione di Farabeuf cammina e danza come prima dell'operazione medesima. Essendo poco tempo fa rivenuta alla mia clinica, potei mostrare lei e la sua bambina, una floridissima bambina, ai miei scolari.

La donna in cui Varnier praticò la pubiotomia, ed il suo bambino si trovano pure in ottime condizioni di salute.

Eccovi il nostro bilancio.... *apparente.*

E dico *apparente,* o signori, perchè noi vedremo tosto come esso ha e deve avere, ben diverso significato.

Che se confronto quanto abbiamo fatto dal 4 febbraio 1892 con sempre maggior franchezza e maggior precisione e i risultati ottenutine, coi risultati avuti nei due anni precedenti a questi, posso formulare le tabelle seguenti:

1890-91			1892-93		
Parti provocati per viziatura pelvica.			*Allargamenti temporanei della pelvi.*		
64 — risultati:	donne vive	62	38 — risultati:	donne vive	36
	» morte	2		» morte	2
	bambini vivi	35		bambini vivi	34
	» morti	30		» morti	4
	(un gemello)		Totale: 70 vivi e 6 morti.		
Totale: 97 vivi e 32 morti.					

È inutile insistere di più su tale confronto. Chi lo vuol fare legga *Le fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque* (2), pubblicazione annua del dott. Lepage, e il lavoro del dott. prof. Farabeuf: *Les bienfaits de la Symphyséotomie* (3).

---

(1) *Ann. de Gyn.*, T. 38, pag. 436.

(2) Paris, Steincheil, editore.

(3) Paris, Steincheil, editore, 1893.

Io credo che da tali letture risulterà subito la convinzione della superiorità di questo metodo che si prefigge di allargare il bacino in tutti quei casi in cui v' ha sproporzione tra l'ampiezza della filiera pelvica e il volume della testa fetale, purchè questo allargamento temporaneo ben calcolato permetta il passaggio di una testa di feto a termine.

Apparirà pure che in due anni, coll'applicazione sempre più rigorosa del metodo, gli interventi si sono resi più rari.

Neppur m' indugio a mettere in rilievo il vantaggio immensurabile di arrivare ad abolire definitivamente le operazioni embriotomiche sul feto vivo.

Basterebbe questo progresso solo a giustificare il mio entusiasmo, la mia riconoscenza per tal metodo: però v' è ancora un' altra considerazione a fare.

Quante volte prima d'ora non avrei interrotto il corso della gravidanza in donne aventi pelvi ristrette, che poi avrebbero partorito spontaneamente? La statistica è là a provarci che buon numero di feti nacquero a termine spontaneamente, in condizioni di sviluppo eccellenti, mentre io li avrei esposti col parto artificiale prematuro, dapprincipio ai rischi della gracilità congenita, in seguito alle conseguenze non meno gravi di tali nascite premature le quali sono, secondo il parere di Little e coi più competenti neuropatologici d' oggi, la causa della maggior parte delle diplegie cerebrali infantili: non è questo un altro grande guadagno?

Si vedrà ancora dalle letture sopra accennate che noi abbiamo assolutamente abbandonato ogni applicazione di forcipe fatta allo scopo di forzare una testa fetale a impegnarsi in un bacino ristretto, poichè il mio collega Farabeuf (egli non vuole ch'io lo chiami, come è infatti, mio maestro), ha messo in evidenza quale sgradevole compito sia quello di tirar col forcipe su una testa fissata allo stretto superiore. Sono queste le ragioni che mi indussero a formulare le conclusioni ch'io esporrò alla fine del mio rapporto, dopo l'esposizione delle ricerche anatomiche e sperimentali che mi rimane di farvi conoscere.

B. PARTE ANATOMICA E SPERIMENTALE.

Riassunto di alcune ricerche del prof. Farabeuf.

Articolo I.°

Sull'anatomia e la fisiologia delle articolazioni sacro-iliache prima e dopo la sinfisiotomia.

Le nozioni anatomiche che ora seguono vi daranno alquanto noia, ma valgano a prevenire errori, a indicare le false vie, a fornire indicazioni utili al pratico: ve ne persuaderete voi stessi se avrete pazienza di seguire tutta la trattazione di questo primo articolo e degli altri due.

La base degli studi ch'io vi riferisco è essenzialmente anatomica. Il prof. Farabeuf disseca, misura, computa, disegna, fa esperienze e costruisce apparecchi, che rendono la dimostrazione più completa... ma non vuol porre piede nel campo clinico. Tale omaggio alla nostra competenza clinica accresce in noi la fiducia nelle ricerche obbiettive e pazienti del nostro eminente collega, e senza di esse io sarei stato più peritoso, perchè più volte ho ricorso ad esse per averne illuminata e spianata la via.

Questo grande apparecchio in legno rappresenta la faccia interna dell'ileo di destra. Vi si vede la superficie articolare, l'auricola e i suoi due processi: in basso vi si vedono le due spine posteriori, la grande spina, o posteriore, la piccola o inferiore. Applichiamovi le ultime vertebre lombari, il sacro e il coccige, che vedete di profilo e nella sua faccia opposta. Potete anche scorgere l'apofisi trasversa della quinta lombare, da cui parte, con direzione in basso ed al di dentro, il primo dei robusti legamenti *ileo-trasversi* che attaccano la base della colonna vertebrale ai due ilei, sostenuti alla loro volta, nella stazione eretta, dai femori.

Al di sotto della quinta lombare, al di dietro e sopra l'auricola del sacro, vedete l'omologo della *apofisi trasversa della prima vertebra sacrale:* quivi si inserisce il secondo legamento ileo-trasverso, o legamento

ileo-trasverso-sacrale, affetto analogo al primo (detto anche *ileo-trasverso-lombare*) per funzione, e pei punti d'inserzione.

La pretesa *apofisi trasversa sacrale* non è che la metà superiore e ascendente del pezzo osseo che in ciascuna vertebra sacrale merita tal nome.

L'auricola è rappresentante dei processi costali: non occupiamocene; guardate invece fra i due primi fori sacrali posteriori: essi sono separati l'uno dall'altro dall'apofisi trasversa della seconda vertebra sacrale. Seguitela verso l'esterno, e la vedrete biforcarsi, e costituire:

1.° una branca superiore che va ad unirsi colla branca inferiore discendente dalla prima apofisi trasversa, formando un primo tubercolo di coniugazione;

2.° una branca inferiore che discende ad incontrare la branca ascendente dell'apofisi trasversa immediatamente inferiore.

Queste modalità si ripetono per tutti i pezzi del sacro.

Nella biforcazione delle due apofisi trasverse superiori, si trovano enormi fori vascolari. Ai *tubercoli coniugati* mettono capo i legamenti ileo sacrali o meglio legamenti *ileo-trasversi* che fanno seguito ai due primi segnalati più sopra. Il legamento del primo tubercolo coniugato del sacro (il 3.° per ordine, di sifatti legamenti) è il più importante.

Un gran numero di fasci fibrosi, a direzione varia, va ad inserirsi qua e là, alla sommità e al margine di tale tubercolo: essi discendono dalla sommità e dai margini della sporgenza iliaca conosciuta sotto il nome di piramide. Preso nella sua interezza, tale legamento merita il nome di *vago.* La sua posizione potrebbe, dal punto di vista della funzione, farlo anche chiamare *legamento assile,* benchè fasci di fibre a varie direzioni ed espanse sembrino inadatte a costituire un asse propriamente detto.

Il primo tubercolo coniugato del sacro e la sporgenza piramidale iliaca hanno le loro sommità affacciate e spesso troppo avvicinate. Se, come accade di sovente nei vecchi, essi si toccano, nelle donne che dobbiamo sottoporre alla sinfisiotomia, ecco sorgere un ostacolo grave alla divaricazione delle branche del pube.

Come vedete, il secondo tubercolo coniugato del sacro corrisponde alla spina posteriore e superiore collegata con esso per mezzo di un corto e valido legamento ileo-trasverso-sacrale, che è il quarto, nella

serie, di tali legamenti. Ed anche qui, nella parte media del corto pacchetto ligamentoso, può aversi ossificazione.

Zaglas (1) ha giustamente affermato che il sollevamento della punta del sacro — cioè la caduta in avanti dell'angolo sacro-vertebrale — tende a produrre i contatti ossei ora accennati, mentre il movimento in senso opposto vi è contrario. Così la flessione della coscia spinta al punto da essere risentita dall'osso iliaco, e l'estensione forzata della medesima, raggiungono il medesimo effetto.

Finalmente al terzo tubercolo coniugato del sacro, situato assai al di sotto della spina iliaca posteriore, discende l'ultimo dei legamenti ileo-trasversi, chiamato anche vertical posteriore. Esso è lungo; ancora più lunghe sono le fibre insignificanti che si prolungano fino a raggiungere il posto dove dovrebbe trovarsi, il quarto ed ultimo tubercolo, se questo si fosse sviluppato.

Così, o signori, noi abbiamo sott'occhio tutto il prezioso sistema dei legamenti che concorrono a sopportare il peso del tronco. Nessuno di essi vien leso durante la sinfisiotomia, nessuno vi si oppone: durante tale atto operativo sono tutti rilassati.

Quando, dopo aver rotto o scollate le fibre anteriori o intrapelviche sacro-iliache, si apre l'articolazione come fosse una cerniera, dove ed in che modo si stabilisce l'asse, necessariamente retto, di tale cerniera? Evidentemente esso deve trovarsi dietro le superfici contigue, così dietro le auricole. Di tali auricole convesse all'avanti, la parte mediana è anteriore, notevolmente anteriore rispetto alla retta che unisce il suo estremo superiore coll'estremo inferiore. Inoltre al di dietro dei limiti posteriori delle due estremità auricolari, le due ossa, l'ileo ed il sacro, sembra tendano un poco a divaricare: da ciò risulta uno spazio prezioso che permette appunto il divaricamento delle branche pubiche. L'asse della cerniera discende obliquamente in basso ed all'indietro, dall'uno all'altro estremo, o corno, dell'auricola, dal margine posteriore dell'uno al margine posteriore dell'altro: di modo che alcuni fasci del legamento vago assile, corti ed inseriti nella concavità auricolare si trovano di qualche millimetro anteriori a tal asse. Se fossero più al-

---

(1) MONTHLY. *Journal of med. Science*, 1851, XIII, p. 289. Relazione fatta da Gairdner e Barlow da un lavoro manoscritto di Zaglas.

l'avanti opporrebbero grande resistenza al divaricamento, e già ne oppongono quando questo è troppo spinto. Del resto poco importa di tale lacerazione! V'hanno ben altri legamenti che bastano ampiamente allo scopo, e che noi conosciamo già: la serie dei legamenti ileo-trasversi.

Ed ora, o signori, è necessario esporre altre condizioni di solidità che offrono le articolazioni pelviche e che noi dobbiamo o rispettare o ristabilire.

Farabeuf, colpito dalla proposizione di Phenoménoff, s'è affrettato a combatterla pubblicamente nel suo corso.

« Noi sappiamo, disse egli, che il peso del tronco nella stazione « retta, è, per così dire, affidato tutto al sacro.

« Per trasmettere alle osse iliache il peso di cui è caricato, il sacro « non è attaccato che per mezzo dei potenti legamenti ileo-trasversi or « ora descritti? Molti l'affermano ancora, accusando il sacro d'aver le « superfici laterali tagliate in senso inverso a quello che sarebbe neces- « sario perchè esso possa fare da chiave.

« *Questo errore deve sparire.*

« Se, come propose recentemente Lesshaft, si taglia il bacino se- « condo il piano verticale trasversale passante per le teste dei femori « (secondo il quale piano si trasmette il peso del tronco nella stazione « eretta) il sacro mostrasi evidentemente quale una vera chiave di volta, « più larga in alto che in basso.

« Ma quando un facchino s'incurva all'innanzi per portare, ad « esempio, un pesante sacco di farina, il piano di trasmissione alle teste « femorali si accosta al piano dello stretto superiore. Ebbene, anche in « siffatto atteggiamento, non è vero che il sacro rappresenti un cuneo « inverso. »

In ciascuna delle sezioni condotte da Farabeuf a diverse, successive altezze attraverso il sacro, l'auricola presenta una parte assai larga, nettamente limitata, e *sufficiente per funzionare da chiave.* Se così non fosse, se il sacro non stesse in posto che per sospensione, ove sarebbe la solidità che Lesshaft asserisce aver visto resistere a parecchie migliaia di chilogrammi?

Le sezioni a cui alludo mostrano chiaramente l'intima connessione delle due ossa e come il sacro sia strettamente serrato in mezzo alle

ossa iliache inflessibili dai legamenti posteriori e da quelli della sinfisi del pube, entrambi inestensibili. Potrebbe veramente essere paragonato al pezzo di ferro intermediario di uno schiaccia-noci, serrato nel pugno.

Ma il modo con cui l'ileo s'incastra nel sacro ci interessa anche da un altro punto di vista, quello cioè dello *spostamento*. Le opinioni che a questo proposito si conoscono non parvero al nostro collega abbastanza suffragate.

Secondo alcuni l'asse di spostamento passerebbe attraverso le superfici articolari, le quali sarebbero paragonate, per l'ileo, a una testa; pel sacro, a un cotile.

È noto che l'asse dei movimenti si trova al di dietro delle auricole, attraverso la massa del ligamento vago che discende dalla piramide iliaca al primo tubercolo coniugato del sacro. Lavori molto seri furono pubblicati intorno a tale argomento in Germania. Ma quello di Zaglas è anteriore di 20 anni.

Abbiamo già veduto che il legamento vago, assile perchè le sue fibre si disperdono attorno all'asse, non possono evidentemente formare il centro di un movimento preciso.

« Osservate queste superfici articolari, » mi diceva Farabeuf, mostrandomi i pezzi anatomici coi quali non ardii mettermi in viaggio pel timore di spaventare le guardie di dogana: ecco qui: « sul sacro una specie di semiluna, una *infossatura circolare* disposta attorno al punto ritenuto come punto assile. » Sull'ileo invece, una mezza luna, ad eguale curvatura, ma *rilevata* e visibilmente modellata sulla concavità del sacro. Con ciò indovinerete facilmente la natura e l'estensione dei movimenti delle due ossa, per quanto poco sensibili essi siano.

Date superfici ineguali, irregolari, non potrebbe avvenire lo scorrimento dell'una sull'altra, come appunto avviene nei vecchi e in molti altri casi: se le superfici fossero piane si avrebbe la possibilità dello scorrimento, ma in tutti i sensi, lo scapito della solidità e della precisione: invece per opera di queste arcuature insinuantesi l'una nell'altra anche appena per la profondità di un millimetro, il movimento resta limitato e centralizzato, per quanto sparsi siano i diversi fasci del legamento assile. Esso è assai poco esteso, e bisogna scegliere soggetti giovani per poterlo osservare. Astrazione fatta dalla rapidità, esso è paragonabile a quello del bilanciere d'un quadrante d'orologio.

È degno di nota che il movimento d'inclinazione all'avanti, ossia l'abbassamento dell'angolo sacro-vertebrale, che raggiunge il suo massimo a persona leggermente pendente allo innanzi e pesantemente caricata in sulle spalle, distende e mette in azione certi legamenti d'arresto anteriori e prossimi all'estremità dell'auricola: essi funzionano da freni e serrano l'un osso contro l'altro.

Fatta la sinfisiotomia, divaricati i pubi, in quali variate condizioni vengono a provarsi le articolazioni sacro-iliache? È facile indovinarlo, o signori. La breccia praticata anteriormente, influenzando le articolazioni sacro-iliache ne sposta le superfici articolari: il movimento d'inclinazione all'innanzi non è più centrato, è *folle,* senza limiti: ogni solidità è perduta. Mantenendosi tali condizioni, si avrebbe quel grave inconveniente noto sotto il nome di rilassamento della sinfisi.

Per questo motivo, quando parecchi ostetrici meditavano *l'ampiamento permanente della pelvi* divaricando i pubi, Farabeuf ha gridato l'allarme. « Guardatevi bene, egli diceva ai suoi allievi, dall'aprire l'articolazione sacro-iliaca: meglio varrebbe invece cercar di consolidarla raccorciando leggermente il pube. »

Avendo Farabeuf dimostrato la necessità di avvicinare le branche del pube per ottenere la solidità delle articolazioni sacro-iliache, egli è anche in grado di fornirci alcuni consigli intorno al modo di ottenere ciò con facilità e sicurezza.

Un bendaggio gessato, reso impermeabile ai liquidi e tenuto con cura, si approssimerebbe al suo ideale. Farabeuf sconsiglia i letti meccanici, temendo ne conseguano piaghe di decubito, e crede che i pesi e gli apparecchi elastici esercitino inutilmente la loro azione costante, e si lascino vincere dalle contrazioni muscolari dell'operata. Si è sforzato di costruire un arco metallico anteriore, a cerniera ed a vite, il quale serve a rinserrare sulle creste iliache e sui trocanteri due doccie metalliche: ma teme che senza il concorso di un grosso cuscino gessato modellato sulle parti un tale apparecchio non si adatti bene.

Il miglior mezzo adunque sarebbe la sutura, non la sutura ossea che un ostetrico consumato avrebbe difficoltà ad eseguire, ma la semplice *sutura fibrosa* a fili perduti.

A prima vista potrebbe sembrare che, essendo la maggioranza dei fasci della sinfisi trasversali, non possano offrire valida presa a punti

dati sullo stesso senso. Lo studio anatomico delle parti ci rassicura. Il manicotto fibroso peri-osseo è straordinariamente fitto all'avanti e in basso: di più vi sono dei nastri fibrosi che discendono da ciascun lato, fino ai pilastri dell' arcata.

Essi sono resistenti, solidamente attaccati e profondamente duplicati, se non triplicati, da altri fasci egualmente robusti.

Io vidi anche dei punti di sutura messi per prova. Si ruppero tutti i fili, ma i nastri fibrosi nè si scollarono, nè si ruppero, nè si smagliarono. Bisogna quindi conchiudere che in questi nastri laterali possediamo dei mezzi d'appoggio solidissimi per le suture perdute le più tenaci e che possiamo insinuare i nostri aghi a parecchi millimetri di profondità.

Difatti i muscoli, *medio adduttore* e *gracile interno* s' inseriscono a quelle sporgenze ossee che veggonsi al davanti del corpo del pube e che limitano la larga fossetta riempita, nel fresco, dagli stessi elementi della sinfisi. Una gran parte dei fasci tendinei d'origine di tali muscoli attraversano la linea mediana e vanno alla cresta ossea del lato opposto, rincorrendo così alla costituzione del manichetto periosseo. Altre fibre più superficiali, continuazione di quelle della linea alta, vengono a incrociarsi a *x* sulla linea mediana: vi sono fascetti tendinei provenienti dal grande obliquo dell'addome, più specialmente poi sui pilastri interni dell'anello inguinale. La parte superficiale dei nastri laterali sembra provenire da questi pilastri, specialmente dagli esterni.

La parte profonda rappresenta la continuazione della metà interna del grande retto. Questo muscolo si termina in basso con una lamina di fascetti tendinei la cui metà esterna s' inserisce al davanti del pube corrispondente, mentre la metà interna, talvolta raggruppata in un grosso fascio che si disperde più in basso discende, intrecciandovi colle fibre trasversali emananti dagli adduttori, verso la eminenza ossea ed il pilastro del lato opposto, e lì si inserisce su una vasta superficie.

Passando da uno all'altro lato, i fasci tendinei interni del grande retto necessariamente si intrecciano: di poi le loro fibre, pur mantenendosi intrecciate ed aderenti, divengono parallele e sottogiacenti rispetto ai nastri fibrosi che appariscono all'esterno, e possono servire di punti di presa ai fili della sutura.

Articolo II.

Esperienze, misure, tracciati geometrici e computi fatti per valutare i vantaggi della sinfisiotomia.

Quando, o signori, ebbimo a Parigi la visita del dott. Spinelli, discepolo di Morisani, il mio collega, come ogni medico, conosceva l'importanza del metodo antisettico. Appena ebbe constatato sul cadavere che la sinfisiotomia era un'operazione facile, inoffensiva ed efficace che permetteva di ottenere l'allargamento della pelvi, diventò ardente partigiano di essa. In pochi istanti valutò tutta l'importanza del savio consiglio che ci era dato. In breve tempo egli rintracciò autorevoli scritti del principio del secolo sullo stesso argomento, i cui precetti erano affatto caduti in dimenticanza. Formatasi una convinzione rapida, ma ferma, si tracciò tosto un programma di lavoro.

Non tralasciò nè fatiche, nè esperienze, nè calcoli che lo potessero guidare a buon porto.

Egli aveva già trovato le ragioni dei danni apportati dal forcipe: aveva veduto il parto prematuro mietere rapidamente un terzo dei bambini, e non poteva ripromettersi vantaggi dal rivolgimento in caso di feto non conosciuto e di bacino ristretto a diametri pure mal conosciuti.

Ma per proscrivere questi tre metodi ch'egli giudicava dannosi e sempre pieni di pericoli, atti ad aggravare la distocia dovuta allo stretto superiore, per tentare un metodo affatto nuovo, occorrevano ben altri studi. La sinfisiotomia non poteva mirare ad acquistare importanza se non era esattamente eseguita, lungamente e scientificamente studiata.

In sulle prime, avendo fissata la sua attenzione sull'influenza dannosa dell'anello osseo pelvico sul forcipe e correndo più del bisogno, egli mi dimostrò la necessità di rompere anche le articolazioni sacro-iliache e di allargarle di quel tanto che occorre pel passaggio della testa fetale; ciò allo scopo di evitare ogni compressione e maltrattamento.

Le esperienze da lui istituite mostrarono che occorreva grande sforzo per divaricare fino al grado voluto le articolazioni sacro-iliache e che questo sforzo potrebbe essere fornito dalle trazioni sul forcipe

applicato dopo la incisione del pube, ma a patto di sottoporre anche la testa fetale a una pressione equivalente, il che troppo spesso condurrebbe a morte il bambino. E quanti feti infatti si sarebbero salvati se si fosse accolto il giudizio di Farabeuf! Varnier che lo segue in tutte le sue esperienze ed io stesso, ne abbiamo tosto compreso il valore: dalla seconda delle mie operazioni in poi noi *abbiamo sempre fatto seguire alla sinfisiotomia completa una doppia artroclasia posteriore,* cioè un doppio distacco del sacro dall'ileo atto a darci quel grado di divaricamento pubico che nei singoli casi è richiesto, e di cui voi conoscete le tabelle relative ad ogni grado di stringimento pelvico (1). Per conoscere che cosa deve farsi, bisogna prima misurare e calcolare.

All'intento di eliminare dalle osservazioni l'ignoto, il terribile ignoto, e dimostrare all' ostetrico durante l' operazione quale grado di allargamento egli ha raggiunto, Farabeuf fece costruire un compasso indicatore elastico, che resta in posto, fra le branche pubiche, dal principio alla fine del parto.

L'artroclasia doppia indicata da Farabeuf e da noi messa in pratica spaventava gli ostetrici, ad essa attribuivansi gravissime lesioni anatomiche.

Il tutto consiste nel distacco del periostio dell' osso iliaco, con o senza strappatura del medesimo: ma dell'osso iliaco, unicamente, e per una lunghezza di qualche centimetro: però tale lunghezza varia, per un divaricamento dello stesso grado, a seconda della curva iniziale della linea innominata. Nessun legamento importante, nessun vaso o nervo può essere leso in questa regione posteriore, a meno di spingere le cose a un punto eccessivo ed inutile. Noi vedemmo in un bacino anchilosato da un lato l' uno dei due ossi allontanarsi dall' altro permettendo un divaricamento del pube di 70 mill. rispetto la linea mediana: oppure nessuna conseguenza grave si ebbe posteriormente! Però tale eccesso non è punto raccomandabile: 70 millimetri costituiscono per lo appunto il massimo limite del divaricamento simmetrico dei pubi: 35 millimetri per ciascuno.

---

(1) Le figure dimostrative del Farabeuf furono largamente riprodotte negli *Annales de Gynécologie.* Quelle che riguardano l'azione del forcipe si trovano inserite nelle prime pagine del fascicolo di questo giornale, nel quale è stampata la presente memoria del Pinard. (1894 fasc. di Maggio-Giugno).

Descriverò nell'articolo seguente la tecnica relativa a questa seconda parte dell'operazione.

Prima di intraprenderla occorre conoscere qual'è il grado di divaricamento pubico, variabile del resto secondo i diversi bacini ristretti, che deve ritenersi come necessario e sufficiente.

Credo che in proposito non siano mai stati fatti calcoli; eppure urgeva di farne. Farabeuf li fece semplici, benchè approssimativi, perchè siano alla portata di tutti i pratici.

« Sembra cosa incredibile, eppur vera, mi scriveva un tempo, veder « come molti ostetrici, distintissimi sotto ogni altro rapporto, non sap- « piano davvero nè osservare nè computare. Io ho un bello sfiatarmi: « si stampa ancora che la sinfisiotomia porta un vantaggio di 2 mill. « nella coniugata vera per ogni centimetro di divaricamento pubico, « ossia 12-14 millimetri di allungamento per il *maximum* di divarica- « mento pubico ottenibile, cioè 6 o 7 cent.! Dietro tali affermazioni da « parte dei più eminenti ostetrici, ripetute a occhi chiusi dai loro se- « guaci, i pratici tirano la conclusione che i piccoli bacini, quelli con « C. V. di 80 mill. ed ancor meno, non possono essere sufficientemente « ingranditi dalla sinfisiotomia.

« Infatti, quando le due branche pubiche sono fra loro divaricate « di 6 centimetri, la linea retta trasversa, l'asticina che si suole porre « fra le due superfici allontanate non trovasi che di 10-12 millimetri « più discosta dal sacro, rispetto alla sinfisi stessa prima di eseguire « il taglio.

« Forse che la testa fetale, la quale è rotondeggiante, non si fissa « con un tal grado di divaricamento? Degnatevi di osservare: incidete « una sinfisi, divaricate le branche pubiche, oltrepassate un po' i 6 cen- « timetri ed appoggiate la bozza parietale al di dietro del pube: essa « sporgerà di 20 millimetri al davanti della trasversale bipubica che « aveva già guadagnato 12 millimetri. Ora 12 + 20 fa precisamente 32 « millimetri.

« Tutti i miei calcoli, gli schemi geometrici, le esperienze sul ca- « davere concordano su questo punto. E colle mie cifre concordano tutte « le osservazioni cliniche nelle quali si prese nota del diametro pelvico, « del grado di divaricamento dei pubi, del diametro cefalico.

« Prima di procedere ai miei calcoli io volli naturalmente ricercare

« prima dove è l'asse della cerniera, poichè l'osso iliaco può conside-
« rarsi dal nostro punto di vista, come un' imposta attaccata ai lati
« del sacro. »

Ed ecco come procedette il Farabeuf: tracciò il contorno d'una sezione pelvica fatta nel piano dello stretto superiore sopra un foglio di carta quadrettata a centimetri. L'una delle linee verticali corrispondeva alla linea mediana, ed una delle linee trasversali alla faccia anteriore del sacro. A 25 mill. al di dietro di questa, da ciascun lato, simmetricamente ed alla distanza di 5 cent. dalla linea mediana, un punto segna l'asse della cerniera, precisamente dietro il bordo posteriore della superficie articolare. Il sacro si suppone largo solamente 10 cent. Questi punti sono i centri degli archi di cerchio secondo cui tutte le parti dell'ileo si spostano durante il divaricamento delle branche pubiche: al di dietro le tuberosità iliache si avvicinano fra di loro: al davanti tutto l' osso si allontana dalla linea mediana proporzionalmente alla distanza de' suoi singoli punti del centro del movimento.

Avendo segnate con cifre da 1 a 10 le linee trasversali che stanno innanzi a quella che lambe la superficie del sacro, la cifra 8 trovasi sulla linea mediana a 8 cm. dal sacro, precisamente come la sinfisi pubica di un bacino di 8 cent. Messa una punta del compasso successivamente sui due punti che rappresentano le proiezioni degli assi del movimento, si tracciano coll'altra punta munita di matita due archi di cerchio passanti per la cifra 8, rappresentando in tal guisa, le traiettorie dei due pubi divaricantisi.

Così è possibile conoscere la posizione di ciascuna branca pubica nel momento in cui la sua traiettoria incrocia le linee verticali rappresentanti in cent. i gradi del divaricamento.

Pei due primi cent. di divaricamento, lo spostamento in avanti è assai considerevole, e la linea trasversale bipubica s' allontana decisamente dal suo punto di partenza. Più oltre, la progressione è minore.

Con un divaricamento di 8 cm. essa è quasi ridotta a zero: aggiunti i 10 cm., la progressione cessa completamente, i pubi si riavvicinano al sacro.

Quanto alla testa, lo spessore del segmento incuneato è quasi nullo per i primi cm. di divaricazione pelvica, ma progredisce poi attivamente: non è che di 1 mm. 1|2 per 2 cm. d'intervallo pubico — di 5 mm. per

4 cm. d'int. pub. — di 13 mm. per 13 cm. d'int. pub. — è più di 20 mm. per 20 cm. d' int. pub.

Per convincersi di ciò, prima di ricorrere all' esperienza diretta, basta mettere tangenzialmente a contatto coi pubi divaricati un corpo a contorni eguali a quelli della bozza parietale, cioè un cerchio di 90-80 mm. di diametro, certi che tale condizione è ancor meno favorevole delle condizioni reali.

Il fatto dominante è che l' aumento dei diametri sacro-pubici va mano a mano diminuendo coll' aumentare della distanza interpubica, mentre succede l'opposto riguardo allo spessore del segmento di testa incuneato.

« I miei calcoli, dice Farabeuf, sono basati su questi due elementi, « e per risparmiare ai medici pratici ogni cagione di errore, supposi « la *testa irriducibile* e il pube aprentesi *nel piano dello stretto superiore.*

« Invece le parti della testa fetale che a pubi divaricati più di « 5 cm. s'appoggiano contro di essi, cioè la sutura squamosa e le vici- « nanze della sagittale sono assai riducibili. Il diametro della curvatura « normale, e specialmente di quella che può acquistare il parietale è « inferiore ai 90 ed anche agli 80 mm.

« Quanto all' ipotetico spostamento delle branche pubiche rispetto « al piano superiore della pelvi, io lo credo verosimile.

« Secondo questa ipotesi, dato per la distanza della linea bipubica « dal sacro un aumento di 12 millimetri, tale linea subirebbe pure un « abbassamento presso a poco eguale, cioè di 10 mm. circa.

« L'abbassamento è prodotto da due cause: dalle due obliquità del- « l'asse reale; obliquità relativa al piano sagittale, obliquità relativa « al piano frontale. Per rispetto a questo piano frontale-verticale l'asse « è meno obliquo della faccia anteriore del sacro sensibilmente perpen- « dicolare al piano dello stretto.

« Questa prima obliquità dell' asse, se esistesse da sola, darebbe « adunque un abbassamento pubico di 7 mm. invece che di 10 mm.

« Io credo che la differenza è colmata dalla seconda obliquità, cioè « da quella delle due auricole rispetto al piano sagittale, e, per dirlo al- « trimenti, della convergenza verso il basso dei due margini del sacro, « convergenza che necessariamente condiziona quella delle linee retro- « auricolari. »

L'abbassamento cui ora accennammo è, considerato sotto ogni aspetto, un nuovo vantaggio che si unisce a quello della propulsione.

Ma v' ha un altro movimento che il pube subisce, e che differisce affatto dai precedenti. Esso risulta dall' inclinazione all' avanti o dalla estensione, le quali raggiungono un grado elevato quando le superfici sacro-iliache, in seguito alla divaricazione dei pubi, sono fra loro allontanate. In tali condizioni è cosa facilissima elevare il pube flettendo le cosce più che si può od abbassarlo nell'estensione forzata.

Poichè l'abbassamento del pube allontanava il punto soprapubico dal promontorio, si capisce come esso giovi all'allargamento dello stretto superiore, purchè tali movimenti di flessione o di rotazione si compiano intorno a un asse trasversale situato al di dietro dell'auricola, press' a poco fra i due primi pezzi sacrali.

Se, congiunte le mani innanzi al petto, a qualche distanza da esso, le si abbassano roteando, è certo che aumenta lo spazio fra i pollici e il mento, ma diminuisce quello fra i mignoli e l' ombellico. Così, il suaccennato abbassamento del pube giova all'aumento dei diametri dello stretto superiore, ma è sfavorevole a quelli dello scavo. Quindi non bisogna far conto di questa manovra il cui esito può essere assai vario: un bacino a sacro parallelo alla sinfisi pubica diverrebbe imbutiforme, con evidente svantaggio.

Da tutto ciò si può da chiunque concludere che le misure, i tracciati, i disegni di Farabeuf furono presi con tutta serietà.

Benchè potesse aiutarsi del consiglio di un matematico, non volle farlo, limitandosi a ciò che ogni medico può alla sua volta ripetere e controllare. I calcoli sono semplici, e i loro risultati si possono accogliere, non allontanandosi essi dalla verità assoluta che di frazioni trascurabili.

Alcuni ostetrici s'indugiano nello studio dei diametri trasversali ed obliqui che non sono punto interessanti, per ciò che nell'immensa maggioranza dei casi sono sufficienti. Il mio collega non si occupò che della coniugata, cioè del *diametro utile,* badando a non trascurare l' uno dei due termini del problema.

Benchè i suoi risultati siano già stati enunciati da più di due anni, pure io volli qui ripeterli *urbi et orbi,* basandosi sui calcoli, tracciati geometrici e su esperienze sul cadavere controllati clinicamente da Varnier e da me.

So che tutta questa esposizione era inutile per quelli fra di voi che convennero già ad altri Congressi: è agli altri che noi vogliamo far conoscere il vero. Grazie all'autorità del Congresso, speriamo ora di aver fatto un gran passo: è per ciò che Farabeuf mi ha chiesto di ripetervi le sue dimostrazioni.

Articolo III.

Tecnica operatoria.

La sinfisiotomia rimarrà per un pezzo un'operazione d'urgenza nella maggioranza dei casi. Ogni medico pratico può essere obbligato a provvedervi *hic et nunc.*

Perchè fosse altrimenti, occorrerebbe: 1.° che ogni donna gravida per la prima volta si facesse, in tempo utile, misurare i diametri del suo distretto pelvico superiore, cose che siamo ben lungi dal poter ottenere; 2.° che tale misurazione riuscisse con facilità e precisione, il che, forse, è più facile ad ottenersi di quello che non sembri.

Intanto noi dobbiamo lavorare per far sì che l'operazione scenda alla portata di un più grande numero di operatori.

Farabeuf distingue i nostri avversari in due categorie: in una minoranza ostile, la cui confutazione lascia al tempo; e in una maggioranza timida che fino da ora egli si propone di illuminare e di riassicurare, mostrando i mezzi atti a vincere le difficoltà ed a togliere i danni dell'atto operativo.

Recisione di importanti tronchi vasali, lesioni delle vie orinarie, difficoltà di trovar la sinfisi.... ecco ciò che spaventa e fa indietreggiare i nostri colleghi.

Eccovi, o signori, i precetti tecnici fornitici a questo proposito dal nostro anatomico.

Incominciamo dai vasi; ecco qui: se noi esaminiamo la faccia posteriore o pelvica della sinfisi con tutti i suoi vasi riccamente iniettati, vediamo da ciascun lato due arterie accompagnate dalle vene omonime:

1.° La *soprapubica,* branca dell'epigastrica, destinata alla parete addominale, anastomizzantesi colla sua omologa sulla linea mediana, al davanti e all'indietro dell'*adminiculum,* o piede posteriore della linea

alba. Da quest' arcata si diparte un' arteriola perforante che scende a ramificarsi al davanti del pube. Le vene satelliti hanno la medesima disposizione. Tale arcata arteriosa, quando raggiunge il calibro di un millimetro potrebbe dare un piccolo getto sanguigno della durata di qualche secondo, perchè necessariamente viene recisa; ma l'emorragia è affatto trascurabile.

2.° La *pubica*, branca dell'otturatrice, è l'arteria che nutre il pube, dietro il quale manda numerose ed eleganti ramificazioni, terminanti in ramuscoli che si distribuiscono al periostio e all'osso: una dozzina circa d'esse cala sulla sinfisi, ai lati della linea mediana, e una diecina l'attraversa sotto forma d'arcate anastomotiche del calibro d'un capello.

Le ramificazioni e le arcate venose sono assai più voluminose: tuttavia la loro recisione non deve far paura.

Come le arteriole pubiche, anche le venule si anastomizzano coi vasi della stessa natura, distribuiti nel foglietto adiposo che sta fra la sinfisi e la vescica; alcuni d'essi vanno alla vescica o se ne dipartono.

Ma in ciò non v' ha alcuna ragione di timori.

I vasi, anzi, più specialmente, le vene che non bisogna ferire sono quelle del clitoride, dell'uretra e della vescica. Esse sono come raggruppate secondo due correnti, quella della vena pudenda e quella della vescicale e ricoperte da un sottile foglietto cellulo-fibroso che ricopre e protegge queste vene. Se fosse possibile separare la sinfisi da tale foglietto, e, *a fortiori*, quindi, anche dalle vene in discorso, la sezione del pube non dovrebbe più ispirarci alcuna paura.

E certamente ogni titubanza svanirà, quando si possa introdurre con tutta facilità una specie di sonda a doccia fra il pube e il plesso venoso tanto temuto.

Vediamo adunque in che modo si può introdurre.

« Io applico, dice Farabeuf, la punta del pollice sinistro nel vesti-
« bolo, quella dell' indice al lato sinistro del clitoride, assai in basso.
« Deprimo la radice sinistra del clitoride fino a tanto che il polpastrello
« del dito il quale in questo frattempo riesce a insinuarsi fra i tessuti,
« se questi sono tumefatti, avverte il margine inferiore dell'arcata, con
« che facilmente riesce. Se per caso, premendo troppo col dito s'è fatto
« scorrere la cute e s'è abbassato di conseguenza il punto d' essa pri-
« mamente toccato, bisogna, prima di fare l' incisione, lasciare ai tegu-

« menti la libertà di ritornare in posto, giacchè è l'unghia che indica « il punto ove l'incisione, incominciata a giusta altezza, deve finire. « Si ripassa due, tre, quattro volte col bistorì per denudare perfettamente « i tessuti bianchi peripubici, messi in evidenza anche per l'aiuto di « due divaricatori che si collocano da ultimo in corrispondenza della « parte bassa dell'incisione. Si vedono nettamente i filamenti del lega- « mento sospensore mediano del clitoride. Per meglio metterli in luce, « si afferra il ghiande colla mano sinistra e si stira il clitoride. Allora « quei fasci si sollevano, e con un colpo trasversale, netto, della lun- « ghezza di 20 mm. si tagliano col bistorì, in vicinanza del clitoride, « senza pericolo di ledere il manicotto della sinfisi.

« Si abbassa tosto, o colla punta dell'indice sinistro o col becco « d'una sonda smussa, il labbro inferiore di questa piccola incisione « trasversale, e mentre si abbassa, si gratta la sinfisi che appare in questo « punto libera da aderenze notevoli, liscia, brillante, compatta, madre- « perlacea: il legamento arcuato, col suo margine inferiore netto, isolato, « assolutamente libero balza agli occhi sollevato dal dito o dall'istru- « mento.

« Si credeva veramente che nella maggioranza dei casi esistesse in « quel punto una cavità sierosa, tanto riesce facile scollare dal legamento « arcuato nonchè dall'ultimo tratto della sinfisi l'aponeurosi pelvica che « ricopre, maschera e protegge tutti i vasi sottogiacenti, e specialmente « la vena dorsale del clitoride. »

Al di dietro della sinfisi si ripete quasi lo stesso processo, giacchè, dopo aver separato i muscoli retti, se si introduce il dito fortemente ricurvo scollando il tessuto cellulo-adiposo, nè troppo compatto, nè molto aderente, e se in tal guisa si discende al di dietro della sinfisi staccando il periosto coll'unghia o, meglio, usando un istrumento smusso fortemente ricurvo e sulla scorta del dito, si raggiunge al disotto del legamento arcuato il punto cui si era arrivati anteriormente. Allora sembra, dice Farabeuf, che questa via sottopubica naturale, preformata, attenda qualche larga sonda scannellata, fortemente ricurva che abbracci la sinfisi oramai nettamente denudata, e dica all'operatore: « io domino la « sinfisi, l'abbraccio nella mia concavità: tutti i vasi scollati insieme « ai foglietti che li proteggono, neppure stati veduti, sono mantenuti a « distanza del mio dorso: prendi bistourì, o forbici, o seghe, o anche

« una tenaglia ossivora, se più ti garba: hai lo spazio di un centimetro « innanzi a te, e puoi vederci chiaro. »

Apertasi la via sottopubica, Farabeuf si servì dapprincipio d'una sonda d'Ollier, cui aveva dato una curva opportuna. Ma tale istrumento, fabbricato per altri scopi è stretto e tagliente. Il mio collega allora si fece costruire una semplice lama d'acciaio smussa in ogni sua parte, trasformata in doccia arcuata solo per la lunghezza di qualche centimetro; ma un'asta metallica qualunque di ferro, di rame, di zinco, larga un centimetro e opportunamente curvata basta allo scopo principale, che è quello di impedire emorragie per deviazioni del bistourì, o lesioni della vescica dell'uretra, del clitoride, specialmente della sua arteria e delle sue due vene dorsali che alcuni osservatori sembra siano andati a cercare molto in basso, lungo i pilastri dell'arcata, là dove esse sono ancora pudende e d'un certo calibro.... assai minore però di quello delle radiali!

Qualche osservazione ancora da parte del mio collega.

Egli dice che dopo aver inciso a metà la sinfisi e scoperto l'osso, gli operatori vanno sempre a battere col bistourì contro il pube di destra, sempre quello di destra, e ciò perchè essi tengono il bistourì inclinato, invece di tenerlo in un piano sagittale.

Egli raccomanda caldamente l'uso di lame sottili. E difatti la cartilagine fibrosa della sinfisi non si lascia mai comprimere tanto da permettere il passaggio d'un grosso dorso di lama, per quanto si faccia forza, e la forza eccessiva in questo caso riesce dannosa. È un errore quello di credere che una lama sottile, più sottile di un bistourì comune sia troppo poco resistente. Difatti (e voglio dirlo anche a costo di parer indiscreto), io vidi Farabeuf tagliare in mezzo non solo la sinfisi, ma anche dei pubi molto solidi, con una forbice comperata dal chincagliere e che aveva uno spessore una volta più sottile di quello dei bistourì; e tre volte lo vidi incidere nettamente lo stesso pube con una forbice costituita da due trincetti da calzolaio associati, dei quali uno smussato era adattato sotto il legamento arcuato e dietro la sinfisi.

Finalmente, o signori, per dar termine a questo articolo relativo alla sinfisiotomia, debbo dire ch'io vidi il mio collega praticare la disgiunzione delle articolazioni sacro-iliache, d'ambo i lati in egual mi-

sura, benchè operando in tempi successivi, prima da una parte e poi dall' altra.

Succede alle volte di vedere una delle branche pubiche divaricare notevolmente e proporzionatamente abbassarsi, mentre l'altra si smuove appena come se fosse anchilosata posteriormente. In tal caso noi non ci troviamo più in buone condizioni, non otteniamo più lo spazio che desideriamo di ottenere. Invece di costringere l' ileo che si è già smosso a divaricarsi di più, invece di sottoporre le parti molli del medesimo lato a una distenzione eccessiva, è meglio tentare d'aver qualche vantaggio anche dalla parte dell' ileo rimasto immobile, cioè dall'articolazione sacro-iliaca corrispondente.

Il mio collega, ad esempio, mette la coscia sinistra in flessione e adduzione completa, e l'affida a un assistente che la fissa in questa posizione appoggiandovi sopra le braccia e la parte anteriore del corpo. Questa *flessione-adduzione appoggiata* (appuyée) serra l' ileo contro il sacro. Se allora si porta la coscia destra semplicemente estesa o semiestesa nell'abduzione forzata, l' articolazione posteriore si apre, il pube vien divaricato ed abbassato. A sinistra nessun osso si è smosso, nessuno ha scricchiolato: tentando l'articolazione non vi si trova alcun aumento di mobilità. Siamo appunto nelle condizioni infelici di cui parlavamo più sopra.

Mettiamo ora anche la coscia destra, quella corrispondente all'articolazione aperta, nella adduzione-flessione appoggiata, ricostituendo un solido contatto fra il sacro e l' ileo di destra, e potremo, mercè l'abduzione forzata dell'arto sinistro rimasto intatto, ottenere l'allontanamento dell'ileo del sacro in quella misura che vogliamo, senza che aumenti per ciò di un decimillimetro la divaricazione dell' articolazione primamente cimentata.

Da tutto quanto venni esponendo, io mi credo autorizzato a formulare le *conclusioni* seguenti:

1.° La sinfisiotomia o pubiotomia asettica è un'operazione innocua.

2.° Perchè raggiunga il suo scopo, essa deve essere completa e il divaricamento preparatorio del pube deve essere commisurato al grado di viziatura pelvica. Per avere norme in proposito, bisogna attenersi alla ricerche e alle cifre date da Farabeuf.

3.° Questa operazione non deve essere tentata che quando le misure prese sul bacino ed il computo relativo abbiano dimostrato che un divaricamento di 7 cm. permetterà il passaggio d' una testa di feto a termine.

4.° Una divaricazione pubica oltrepassante i 7 cm. deve essere proscritta, potendo determinare lesioni delle parti molli.

5.° Quando la viziatura pelvica fosse tale che una divaricazione pubica di 7 cm. non permettesse un allargamento sufficiente al passaggio della testa fatale, si ricorra al taglio cesareo, seguito dell' amputazione utero-ovarica (operazione di Porro).

6.° Nei bacini obliqui ovalari con sinostosi d'una delle articolazioni sacro-iliache, quando la viziatura non permette il parto spontaneo, il che non può sapersi che durante il travaglio, bisogna ricorrere all'operazione di Farabeuf (ischio-pubiotomia) e per misura di precauzione fare i preparativi per essa.

7.° Nei casi di anchilosi del coccige, la quale renda impossibile il parto spontaneo, occorre praticare la rottura digitale o la sezione sottocutanea del coccige stesso.

Conclusioni generali.

a) L'embriotomia, lo schiacciamento del feto, l'attesa della morte d' un bambino vivo debbono oramai essere proscritte.

b) L'ampliamento momentaneo del bacino, fatto nei limiti e nelle condizioni sopra indicate deve far abbandonare: 1.° il parto prematuro artificiale; — 2.° ogni operazione la quale abbia per iscopo di far lottare la testa fetale contro una resistenza ossea del bacino, non superata dalle contrazioni uterine in condizioni di orientamento favorevoli.

Discussione sulla Sinfisiotomia

Varnier. La scuola cui appartengo non può non protestare contro le conclusioni a cui venne il nostro eminente collega, il prof. Leopold.

Ad alcuna di tali conclusioni rispose già in antecedenza il mio maestro, il prof. Pinard. Io voglio qui insistere unicamente sulle seguenti proposizioni:

« 1.° La sinfisiotomia non è ancora un'operazione alla portata del medico pratico.

« 2.° Nelle viziature pelviche con C. V. 7, se la donna si fa vi-
« sitare durante la gravidanza conviene praticare il parto prematuro
« artificiale.

« 3.° Se, finalmente, la donna affetta da viziatura pelvica (con
« C. V. al disopra dei 7 cm.) non si fa visitare che a travaglio iniziato
« occorre rispettare l'integrità delle membrane, attendere la dilatazione
« completa e regolarsi in seguito a seconda delle circostanze. Se il parto
« non si compie spontaneamente e il bambino è vivo, conviene nei ba-
« cini piatti con C. V. 7 e in quelli equabilmente ristretti con C. V. 7 1[2 cm.
« quando le membrane sono integre, la dilatazione completa e le gambe
« nella posizione di Walcher, fare il rivolgimento: questo può dare
« risultati eccellenti.

« Solo in casi rarissimi, quando il forcipe applicato allo stretto
« superiore ed il rivolgimento non hanno dato buoni risultati (sempre
« parlando delle viziature pelviche sopra accennate) è conveniente ri-
« correre alla sinfisiotomia le cui indicazioni avrebbero per limite da
« 7 1[2 a 6 1[2 cm., e forse anche a 6 cm. di C. V. »

1.° Alla prima proposizione di Leopold risponderemo che solo il medico pratico è giudice in tale materia. Qualunque sia il nostro parere, egli sceglierà, dopo la lettura non delle nostre discussioni, ma dei fatti positivi portati innanzi a lui, la via ch'egli vuol prendere. Sono già numerosi i medici francesi che si presero l'assunto di dimostrare praticamente che l'operazione entra nel dominio di quelle possibili anche per essi: basti ricordare Pruvost di Raismes, Bourdeau d'Antony, Toujan di Tolosa, Laberge: e quantunque abbiano operato in condizioni assolutamente infelici, ebbero dalla sinfisiotomia risultati prossimi e remoti, per nulla inferiori a quelli che si hanno nelle cliniche.

Essi si trovano d'accordo con Leopold (luglio 1892) nei seguenti punti: che la sinfisiotomia è un'operazione « die leicht auszuführen ist »;

che in seguito ad essa il bambino « spielend leicht entwickelt werden könnt » purchè non si consideri come « ganz unnöthig das ligamentum arcuatum zu durchtrennen » e purchè si voglia tener conto dei dati anatomici sui quali or ora insistette il prof. Pinard a nome di Farabeuf.

2.° Vengo ora alla proposizione che riguarda il *parto prematuro provocato.* Su questo punto, o signori, noi siamo irremovibili: e la maggior parte delle ragioni che ci sorreggono le deduciamo dalle affermazioni stesse del nostro eminente collega. È forse necessario ch'io ricordi a lui l'accusa ch'egli fa al parto prematuro provocato?

Occorre insistere ancora sull'irrazionalità di un'operazione che proponendosi di rimediare ai danni d'un parto a termine in donna a C. V. di 7 1|2 o più, arriva a dare, fra le mani di operatori espertissimi, una mortalità *profilattica* superiore a quella del rivolgimento curativo, cioè 36. 6 0|0, contro 33. 4 0|0?

Non possiamo qui tener conto della mortalità materna; voi avete il 1. 2 0|0 col solo parto provocato (senza contare il rivolgimento, il forcipe, la craniotomia, il taglio cesareo).

La sinfisiotomia, considerata per sè porta *unicamente* una mortalità materna totale, lorda, del 2 0|0, e una mortalità fetale, pure lorda, del 7 0|0.

Invece, coi metodi antichi che voi ci vantate, usati dai medesimi operatori, abbiamo:

mortalità dei feti	37. 3 0|0
mortalità delle madri . .	2. 8 0|0.

Conosco benissimo quanto scrive Leopold *(Arbeiten aus der Königl. Frauen Klinik in Dresden)*: « il parto prematuro artificiale dà 1. 2 0|0 di mortalità materna e 36. 6 0|0 di mortalità fetale: *è questo un risultato che per molto tempo ancora non ci potrà accontentare.*

« Suo scopo è di tutelare la vita della madre e quella del bambino in maggiore misura che non si sia fatta fin qui.

« Innanzi tutto è necessario vigilare a che la madre non soggiaccia ad infezioni: poi, per la viabilità del bambino, attendere il momento più opportuno per la provocazione del parto: occorrerebbe inventare un processo ancora più rapido per eccitare i dolori senza ledere l'integrità delle membrane e mettere il neonato nelle condizioni di alimentazione, di sorveglianza e di temperatura opportune a diminuire, il più ch'è possibile, i pericoli cui è esposto. »

Io non so se affatto recentemente il nostro collega ha potuto soddisfare a questi *desiderata.* Ma so che i maggiori tentativi in proposito furono fatti da uno dei maestri della scuola francese. Vi ricordo che nello scorso anno, Tarnier pubblicò una delle statistiche più fortunate: 18 0|0 di mortalità fetale su 41 casi di parto provocato.

Da allora, in un anno, per opera dello stesso, vedemmo la cifra dei casi salire a 87 e la mortalità dei bambini saltare dal 18 a più del 30 0[0 (1). Dove si potrebbe trovare dimostrazione più efficace di questa in appoggio della nostra tesi: che il parto prematuro provocato è un metodo ceco ed empirico che ha fatto il suo tempo e che dovrebbe essere abbondonato?

3.° Vengo alla terza conclusione: *essendo la donna a termine di gravidanza ed in travaglio.*

Voi dite: *a*) « Bisogna rispettare l'integrità delle membrane più che si può » e in questo siamo d'accordo.... a patto che la natura ci aiuti.

b) « Bisogna attendere la dilatazione completa » e anche in questo siamo d'accordo.... a patto che il bambino sia d'accordo con noi.

c) Ma dove noi dissentiamo assolutamente è qui: « se il parto non ha luogo spontaneamente, bisogna, dite voi, fare la versione. »

Non voglio essere crudele ricordando, mio caro collega, i risultati che questa operazione vi ha dato (2).

Voglio anche non tener conto delle cifre: è sui principi, sul *metodo* che noi siamo assolutamente in disaccordo, ed è su questo punto che io voglio insistere. Senza conoscere esattamente le dimensioni del bacino, quelle della testa e senza conoscerne il grado di riducibilità, voi volete azzardarvi *cecamente* ad un rivolgimento classico seguito dall'estrazione.

Noi crediamo che questi processi empirici hanno fatto il loro tempo e che è dover nostro, da questo momento, *di trattare scientificamente la distocia dello stretto superiore.*

Il Farabeuf, di cui il prof. Pinard ci ha offerto alcuni studi recentissimi, lavora da 10 anni in pro' degli ostetrici. Egli studia il bacino dal punto di vista del meccanismo del parto.

Avete sentito ora qualche notizia intorno *alle articolazioni ed ai vasi sanguigni.* Spero ch'egli vorrà presto pubblicare tutto ciò che sentii da lui intorno a tale soggetto.

È stato lui, mi piace ricordarlo qui, che nel 1886 ha pubblicamente sostenuto che l'inclinazione di Naegele e il sinclitismo ammessi da tutti gli ostetrici non rappresentano il meccanismo *normale* secondo cui la testa si fissa allo stretto superiore, e diceva: « Una testa che in un dato bacino non si impegna più nè alla Naegele, nè in sinclitismo, s'impegna ancora, secondo le mie esperienze, s'io la presento allo stretto superiore nella posizione che a me sembra naturale. » È stato lui, di conseguenza, che ha consigliato Pinard e me di misurare nella partoriente la distanza

---

(1) GRENET. « Etude théorique et pratique des principaux moyens employés pour provoquer et accélérer la dilatation du col, etc. » Th. Paris, 15 mars 1894.

(2) V. *Ann. de Gynécol.*, T. 39, p. 45.

dal margine inferiore del pube alla sagittale e di istituire osservazioni anatomiche.

Le nostre esperienze nel campo clinico, le sezioni congelate apparse nelle pubblicazioni di allora e in seguito, l'esperienze che potemmo fare noi stessi, tutto concorre a dimostrare che i risultati di Farabeuf corrispondono al vero: ciò abbiamo stabilito noi pure, io e Pinard nel 1892 nella nostra memoria intorno all'impegno e alla discesa della testa fetale sul bacino. Farabeuf poi mi autorizza a dichiararvi che è sua speranza di pubblicare fra poco come conclusione alle sue ricerche una relazione intorno al modo di trattare scientificamente le distocie dello stretto superiore (1).

Intanto noi abbiamo già imparato da lui a distinguere il vero impegno della testa dalla presentazione semplicemente fissata ed appoggiata, per cui la bozza parietale anteriore è ancora al di sopra del pube, oltre cui, probabilmente, non passerebbe senza difficoltà. Tra poco (per quanto Farabeuf afferma ed io stesso sono in grado di confermare per esperienza mia) ciascuno potrà, con tutta facilità, misurare, *senza commettere errore apprezzabile,* i *due* diametri pelvici più importanti, cioè la *coniugata minima* e il *diametro emisacro-pubico* o diametro medio dell'escavazione. In pochi minuti noi conosceremo così il bacino, cioè *uno dei termini del problema che dobbiamo risolvere.*

Ma anche possedendo i mezzi di meglio conoscere il bacino, continueremo a camminare alla cieca se non avremo imparato a conoscere meglio di quello che conosciamo sin qui, *anche la testa fetale, in ciascun caso particolare.*

Ebbene, io dichiaro a questo Congresso anche a nome del mio maestro e a titolo di comunicazione preventiva, che giunta la dilatazione a termine e rotte le membrane, cioè nel momento in cui bisogna prendere una decisione, *è possibile misurare il diametro biparietale,* secondo termine del problema, e contemporaneamente si può afferrare la testa ed aiutarla nella sua naturale evoluzione, mediante un istrumento speciale che funge da misuratore e da istrumento da leva e da presa.

Così, in un momento, ci sbarazzeremo di tutti i dubbi. Conosciuti i diametri pelvici e cefalici, ci si presenteranno due possibilità:

1.° V'è sproporzione, non superabile dalla riducibilità della testa fetale, sopportabile da essa senza danno? È inutile allora ogni tentativo di estrazione: bisogna fare la sinfisiotomia *d'emblée.*

2.° Oppure non v'è che spoporzione minima eliminabile dalla riduzione inocua dei diametri fetali? In tal caso i partigiani del rivolgimento potranno ricorrervi illuminatamente, non alla ceca, come ora si

(1) V. *Ann. de Gynécol.*, T. 41, pag. 377.

fa; altri, e fra questi noi pure aiuteremo la natura procedendo sul suo esempio, a mezzo dello stesso nostro istrumento misuratore. Esso è fatto apposta per condurre la testa a contatto della concavità sacrale senza toccare il perineo: ed è così leggiero, così sottile che non può ferire il feto.

Riassumendo, o signori, possiamo affermare che, data una esatta conoscenza e misurazione della pelvi materna, misurata la testa fetale, presa con conoscenza di causa la determinazione o di aiutare la natura (quando sia possibile farlo) o di tagliare la sinfisi, è tolto ad ogni modo ciò che nelle distocie dello stretto superiore, procedendo cogli antichi metodi cechi ed empirici, genera confusione, incertezza, angoscia. I partigiani della sinfisiotomia hanno così il vantaggio di procedere con rigore matematico alla determinazione delle indicazioni di questa mirabile operazione, e hanno inoltre la possibilità di confermare la nostra proposizione che il più spesso, quando natura non basta a superare gli ostacoli del bacino, l'unica soluzione commendevole è l'allargamento temporaneo della pelvi.

Sono ben lieto che il mio maestro mi abbia concesso l'onore di annunziare ai membri del Congresso di Roma ciò che egli crede possa giovare agli ostetrici, come già ha giovato a me, a Pinard e a qualche altro.

Sänger (Lipsia). La sinfisiotomia non prenderà il posto del taglio cesareo. Egli ebbe in dodici casi nessun caso di morte colla sinfisiotomia. In generale la mortalità del taglio cesareo e della sinfisiotomia è quasi uguale. Però se un'ora di tempo basta per fare e finire il taglio cesareo, la sinfisiotomia può dare delle cure fastidiose anche per quasi un anno dopo. Ammette come limite inferiore della sinfisiotomia la coniugata di 6,7 cent. Consiglia però di fare più tagli cesarei e meno sinfisiotomie.

Zweifel (Lipsia). Dice che se la sinfisiotomia si dovesse fare possibilmente solo nelle cliniche, non sarebbe certo un'operazione di grande avvenire. Crede che la sinfisiotomia più che il taglio cesareo è una operazione alla portata di tutti i medici; e condanna la craniotomia. Accetta le indicazioni di Morisani, non ammette un limite di coniugata inferiore a 6,5 cent. Insiste in modo assoluto sull'antisepsi. Consiglia di evitare il più possibile le lesioni delle parti molli e poi consiglia:

1. Di aspettare il parto normale dopo fatta la sinfisiotomia.
2. Il taglio delle parti molli si faccia con un bisturì smusso incominciando dal basso.
3. Si eviti la rotazione e la divaricazione delle coscie della donna, e si metta una benda elastica Esmarck attorno al bacino.
4. Si faccia l'incisione trasversale delle parti molli.

Il prof. Zweifel porta una statistica di 23 sinfisiotomie senza donne morte, con due feti morti; tre donne operate a 6 cent. di coniugata conservarono difetti nella deambulazione.

Leopold risponde a Varnier sulla poca praticità dell'operazione e insiste sulle operazioni che si possono fare prima della sinfisiotomia.

Morisani cita al prof. Leopold la statistica del forcipe applicato allo stretto superiore nelle angustie pelviche di media entità e dice che un confronto della mortalità non può esser fatta colla sinfisiotomia se non si scende ai bacini con coniugata che va da 8,5 in meno: così anche pel rivolgimento.

Fochier (Lione). Ha fatto degli studii anatomici accurati per vedere quali siano le modificazioni di figura e di spazio che presenta il grande ed il piccolo bacino delle pelvi viziate di tutte le forme, quando sia praticata la sinfisiotomia. Presenta una ricca serie di fotogrammi con dimostrazioni grafiche delle modificazioni sopraindicate.

Limita la sinfisiotomia nei bacini ristretti ai casi in cui vi sia non meno di 6,5 di coniugata. Ha osservato che nel bacino scolio-rachitico e in parecchie altre forme si ha colla sinfisiotomia una trasformazione in un bacino piatto.

Nei casi in cui si possa prima della sinfisiotomia tentare qualche altra operazione, suole impiegare nelle pluripare la versione, nelle primipare il forcipe.

Le conclusioni del prof. Fochier non differiscono però di molto da quelle del prof. Morisani.

Caruso (Napoli). Si estende a dettagliare accuratamente l'atto operativo della sinfisiotomia, che consta dell' incisione dei tessuti, scollamento dei medesimi, incisione completa del legamento triangolare, e della sinfisi dopo di che lascia libero di adoperare il forcipe o di aspettare il parto. Infine seguisce la sutura del periostio. Prende in esame la combinazione della sinfisiotomia coll'embriotomia.

Spinelli (Napoli). Ha studiato il meccanismo di divaricamento delle ossa iliache dopo la sinfisiotomia e l'influenza sull'aumento dell'area pelvica; questi studi sono corroborati da numerose e pazienti ricerche sul cadavere. L'autore ha passato in rassegna i seguenti problemi: quale sia il divaricamento risultante dal semplice distacco dei pubi; fino a qual punto si possano divaricare i pubi senza cedere le articolazioni sacro iliache; quali sono le condizioni che permettono di mantenere durante il parto delle sinfisiotomizzate l'integrità della vagina, dei corpi cavernosi, del clitoride; idem per la cute del pube; discussione sull' area pelvica

e sull'area utile dopo la sinfisiotomia; limite minimo della sinfisiotomia nei bacini ristretti; quale sia l'atteggiamento della testa fetale dopo la sinfisiotomia (si mantiene in trasversale, modicamente flessa).

Essendo questa comunicazione irta di cifre, non accenniamo per amore di brevità ed a scanso di facili e spiacevoli errori, che alle questioni trattate dall'autore.

Mancusi (Napoli). Porta due casi di sinfisiotomia con esito felice in due donne una delle quali aveva un diametro bisischiatico di 32 mm. ed un coccipubico di 27 mm., la seconda una coniugata diagonale di 27 mm. Su quest'ultima dice di aver potuto ottenere una divaricazione pubica di 11 cent. Egli è contrario al parto prematuro per vizio pelvico che chiama un'ipocrisia ostetrica.

Morisani fa delle obbiezioni al dott. Mancusi facendogli osservare che nel primo caso si trattava forse di una donna osteomalacica con ossa eccessivamente cedevoli le quali favorivano certo straordinariamente l'operazione, che altrimenti sarebbe stata impossibile.

Dott. DOMENICO TIBONE

Professore di ostetricia e ginecologia nella R. Univ. di Torino

SULLA EZIOLOGIA DELLA ECLAMPSIDE

RELAZIONE ALL'XI CONGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE
IN ROMA (1894)

Signori,

Dal prof. E. Pasquali, presidente di questa Sezione, venni invitato a presentare una relazione sulle cause della eclampside. Stetti davvero peritante nello accettare l'onorifico, ma gravoso incarico, rammentando come lo stesso tema fu già argomento di rapporti e di discussione nei due Congressi tenutisi precedentemente a breve distanza di tempo, cioè quello della Società germanica di ginecologia in Bonn nel maggio dell'anno 1891, e l'internazionale ostetrico-ginecologico in Bruxelles nel settembre dell'anno 1892, nei quali alcuni nostri valorosi colleghi portarono un originale e fecondo contributo sulla materia in discorso, con ragione temendo di dare col mio modesto scritto occasione a confronti che non mi possono tornare favorevoli. Ciò nullameno accettai, certo della indulgenza che è virtù del vero scienziato, e sostenuto dalla lusinga che non dalla mia lettura, ma dalla discussione che ne può nascere in quest'adunanza, cui veggo prendere parte colleghi che il mondo scientifico considera meritamente come maestri, possa venire una nuova luce sull'oscuro ed ancora controverso argomento, parendomi che le nuove ricerche ne abbiano allargato l'orizzonte senza avvicinarci alla meta.

Il campo della etiologia morbosa è estesissimo, imperocchè abbraccia e comprende le influenze tutte, interne od esterne all'organismo, di cui varie e talvolta anche molte spiegano un'azione incerta, incostante, va-

levole soltanto ad ingenerare la capacità ad ammalare, mentre per contro alcune altre più potenti essendo, forniscono un nesso intimo fra le cause e gli effetti, e si immedesimano col processo patogenetico.

Un concetto completo della malattia non puossi avere senza la conoscenza delle sue cause; la cui azione meglio si comprende e più chiaramente si svela se si collega col processo patogenico.

Parmi quindi confacente allo scopo il passare in esame le varie teorie che emesse furono per spiegare la genesi della eclampside, le quali corrispondono a varii periodi storici, però non esattamente definiti, non risultando la dottrina della eclampsia informata ad un regolare ciclo evolutivo. Enunciandole secondo il fondamento anatomico, o secondo il concetto dei processi patologici, si possono riassumere nella teoria nervosa, nella renale, nella epatica, nella tossicoemica, nella microbica e nella embolica.

I.

La sindrome propria della eclampside ne ha fatto riporre la sede nei centri nervosi craniani, classificandola alcuni fra le neurosi essenziali ed altri fra le riflesse. Questo modo di vedere comprende molti secoli, imperocchè si estende fino dai tempi nebulosi, in cui la eclampside non era ancora stata districata dalle forme morbose affini (Galeno, Willis, Hoffmann, Mauriceau, Deventer, Astruc, Dewes, Vogel, Merriman), ed eretta ad entità nosologica (Sauvage, 1772) sino ai tempi moderni.

Per il regolare svolgimento delle funzioni del sistema nervoso essendo coefficiente necessario la regolarità della circolazione sanguigna, allorquando questa viene anche solo momentaneamente alterata, vengono subito in scena notevoli perturbamenti. Partendo da questo concetto fisio-patologico, la cagione immediata determinante della eclampsia venne riposta nello stato congestizio puro (Mauriceau, Broussais), o combinato con la irritazione (Timermans), ovvero nello stato opposto, cioè nella ischemia dei centri nervosi craniani (Giordano, Traube, Rosenstein).

Con la teoria delle azioni riflesse, che per vero dire tanta importanza hanno nella manifestazione di altre malattie, pure a forma convulsiva, lo Scanzoni e il Tailor Smith intesero spiegare e comprendere i casi tutti di eclampsia.

Le dottrine unitarie per quanto ingegnose, non potendo, secondo alcuni osservatori, abbracciare tutti i casi che nella pratica si incontrano, si venne ad ammettere la pluralità delle forme eclampsiche. Per il Jaccoud è in certi casi sufficiente causa un semplice perturbamento dinamico da eccitamento centripeto, che si traduce nell' anemia delle zone motorie del cervello.

Questi casi lo Spiegelberg li considera come una forma di epilessia acuta, in cui la zona convulsivante periferica sta nel territorio del nervo ischiatico. Per l' Otto v. Herff, perchè possano in alcune circostanze le azioni periferiche elevarsi a causa morbosa sufficiente, fa duopo che nell'organismo si incontri una condizione peculiare che si chiama eclamptogena, che sarebbe speciale attributo della gravidanza, in ispecie nelle donne primipare.

Come ognun vede, la teoria nervosa non appartiene ancora per intero alla storia; ad essa tuttodì si ricorre come a compiacente rifugio per inquadrarvi quei casi, per vero dire, rari assai di eclampside, nei quali invano si cerca sul tavolo anatomico una lesione materiale per poterli spiegare. Mi sorride la speranza che con l'incalzante progredire delle nuove fonti, di recente schiuse, per penetrare nella intimità dei processi patologici, e portando l'anatomico lo sguardo sugli organi, prima che la morte ne abbia alterata la finissima struttura, possa chiudersi il periodo storico di cotesta teoria, riducendo tutti i casi d'eclampsia alla stessa patogenica unità e mettendola in armonia con la uniformità nella sintomatica manifestazione.

II.

La scoperta del Cotugno rimase per anni parecchi sterile riguardo alla patologia della gravidanza. Dall' anno 1770 in cui quest' insigne clinico per il primo riconobbe la presenza dell' albumina nelle orine, bisogna venire sino all' anno 1818, nel quale il Blackall, il Wells, avvertirono l'albuminuria gravidica; il J. Simpson, nell'anno 1845, facendo un passo più innanzi, seppe afferrare il rapporto fra l'albuminuria e la eclampside. Ulteriori osservazioni dimostrato avendo la quasi costante coesistenza dell' albuminuria con la eclampsia, si andò a ricercare nei reni la causa generatrice, non senza ragione potendosi credere che la

alterazione di cui la eliminazione dell'albumina è una sintomatica espressione possa facilmente dare luogo a perturbamenti biologici di non lieve momento.

Infatti, offeso l'emuntorio renale, i componenti tutti dell'orina si accumulano nel sangue. La ritenzione della parte acquosa produce la idroemia, che, col concorso della ipoalbuminosi e della ipoglobulia preesistenti, dà luogo all'anemia cerebrale per edema (Traube, Jaccoud).

La ritenzione dell'urea stata riconosciuta dal Rostock e dal Christison, produce, secondo il Wilson, la uremia propriamente detta. Ma siccome dalle esperienze del C. Bernard e del Gallois, venne riconosciuto non essere l'urea fornita di proprietà tossiche, il Frerichs immaginò che cotesta sostanza si potesse trasformare in date circostanze in carbonato di ammoniaca nel sangue circolante, secondo lo stesso autore, nell'intestino secondo il Treitz. Lo Schottin col termine collettivo di urinemia intese di ammettere che nel sangue si accumulassero le materie estrattive.

III.

Le recenti ricerche hanno dimostrato essere i processi di autointossicazione complessi assai, e nella loro genesi si assegna oggidì al fegato una parte rilevante.

I fisiologi trovarono che il fegato arresta e distrugge in parte gli alcaloidi e le sostanze tossiche. Il Tarnier aveva riconosciuto la infiltrazione grassosa delle cellule epatiche durante la gravidanza, che al dire del Sinety accompagnerebbe più facilmente lo allattamento che la gravidanza.

Senonchè più significative ed accentuate lesioni si sono dal Pillet, dallo Schmorl, dal Bouffe di S. Blaise incontrate nel fegato delle eclampsiche, le quali nel primo stadio sono costituite da dilatazione dei vasi capillari nella vicinanza degli spazi portali, nel secondo stadio da punti necrotici nel centro dei vasi dilatati; nel terzo stadio, per ultimo, dall'infarto. Col terzo stadio coincidono le emorragie del cervello e del polmone.

Colle lesioni epatiche si accompagnano nei polmoni emorragie multiple, embolie grassose, trombosi varie per sede in parte otturanti, in

parte parietali, costituite da cellule epatiche. Nel cervello coincidono trombi ialini nei piccoli vasi, emorragie puntiformi nella pia meninge, nella corteccia, nei gangli cerebrali, rammollimenti miliari, ed embolie di cellule epatiche.

Delle lesioni renali che ancora più frequentemente si incontrano che nel fegato, nei polmoni e nel cervello, nel corso di questa lettura più propizia mi si presenta la occasione per parlarne.

Date le lesioni epatiche, poco sopra riassunte, lo spiegare l'insorgere della eclampside, è cosa facile. Dall'intestino per la via della vena porta arriva al fegato un prodotto settico o chimico; quivi per le ectasie vascolari, per i processi necrobiotici viene meno l'azione depuratrice eliminatrice, e si formano trombi ed emboli. Venne così eretta una nuova teoria sulla patogenesi dell'eclampside che si può chiamare epatica.

Anzi, il Bar non esitò ad ammettere una varietà di forma di eclampsia che egli chiama colemica, i cui sintomi prodromici sarebbero il dolore all'ipocondrio destro, la epigastralgia, la cefalalgia e la manìa. In sostegno di cotesta tesi non mancano gli argomenti di analogia. Nell'ittero grave, in cui si osserva la brusca soppressione del parenchima epatico, si osservano delirio e convulsioni non per la ritenzione dei componenti della bile, elevati a potenza tossica, ma bensì per l'abolizione del metabolismo delle sostanze azotate. Qualche cosa di simile succede nell'avvelenamento per fosforo.

Il Mya in due casi di eclampsia infantile, la cui manifestazione sintomatica ha tanta analogia colla malattia della cui eziologia sto ora occupandomi, trovò una diffusa ed avanzata degenerazione grassa, le cui conseguenze devono essere più pronte e disastrose nell'età infantile imperocchè durante questa, come accortamente lo stesso autore avverte, il fegato presenta ancora alcuni caratteri embrionali, perchè incompleto lo sviluppo della parte parenchimatosa.

Senonchè contro la dottrina tossicoemica, riposta nell'indebolimento od anche nello annientamento del presidio, che nel fegato sta a difesa dell'organismo, sorgono delle obbiezioni che mi permetterete di ricordare con brevi parole.

I reperti anatomici riscontrati nel fegato sono tutti desunti da casi di eclampside non solo tipicamente costituita, ma passata ad esito funesto; onde il dubbio che le alterazioni anatomiche, accettate come

fondamento della teoria epatica, possano essere secondarie allo imponente perturbamento del circolo e della innervazione, proprio degli accessi convulsivi; viene questo dubbio ad acquistare maggiore valore se si considera che nel periodo prodromico mancano i sintomi accennanti a dissesti funzionali del fegato, e che l'ittero è raro assai, e quando si osserva, viene tardivamente in sulla scena morbosa, imprimendo un particolare carattere di gravezza al prognostico.

Porterebbe certo una nuova luce sull' oscuro argomento qualche autopsia di donne, morte per altra causa nel periodo prodromico della eclampside, per colpire le alterazioni del fegato in quel momento in cui è imminente lo squilibrio funzionale. Su questo proposito non mi pare concludente la osservazione cui il Bouffe annette una grande importanza, che è la 6.ª della memoria che egli pubblicò nell'anno 1891 sulle lesioni anatomiche dell'eclampside, perchè i sintomi premonitori furono quelli della nefropatia; col cloralio ad alta dose e la dieta lattea venne allontanato il pericolo della eclampside; la donna morì di peritonite puerperale; le lesioni trovate nel fegato — emorragie interstiziali e punti necrotici — erano di grado meno avanzate di quelle che si trovarono nei reni, e non senza ragione si possono giudicare secondarie al processo puerperale.

Senza lasciare il terreno dell'anatomia patologica si può aggiungere che il Pilliet, lo Stumpf, il Paltauf e il Bouffe hanno riconosciuto incostanti le lesioni del fegato che da qualcuno voglionsi caratteristiche dell'eclampside. Non meno eloquente, sebbene di ordine negativo, è il caso del Vinay, il quale praticando con prontezza l' autopsia di donna di già venuta a morte, due ore dopo lo insorgere degli accessi, riconobbe mancanti le emorragie nel fegato. Per contro in casi di gravidanza gemellare di albuminuria, coma nel soprapparto, e morte per emorragia cerebrale senza convulsioni, le emorragie epatiche non fanno difetto.

L'acolia, gli avvelenamenti per fosforo, che sono processi patologici dovuti alla scomparsa del tessuto ghiandulare nella trama del fegato, finiscono colla morte; lo stesso fortunatamente non si può dire della eclampside, malattia per certo grave ma non fatale per necessità.

Qui conviene vedere il risultato degli sperimenti. Lo Schiff volendo per l'appunto indagare l'azione antitossica, esercitata dal fegato a beneficio dell'organismo, pensò di allacciare la vena porta nel cane; in meno

di due ore vide morire l'animale pel coma. Secondo il Cl. Bernard la morte attribuire si debbe non alla auto-intossicazione, ma all'anemia cerebrale dovuta all'arresto del sangue nel sistema del tronco venoso legato.

Il Queirolo avendo osservato come le sofferenze negli ammalati di cirrosi epatica sono in ragione inversa delle vie di comunicazione fra la vena porta e la vena cava, ed in un caso in cui per cirrosi avanzata al punto da annientare la glandula epatica, mancarono i sintomi della impedita circolazione attraverso di essa, perchè ampie le anastomosi fra i due sistemi circolatori, nè in questo caso si osservarono sintomi di auto-intossicazione, gli venne nella mente il dubbio sulla funzione protettrice del fegato.

Volle il dubbio chiarire con lo sperimento mettendosi per la via in cui ebbe per precursori lo Stolnikow, l'Hahn ed il Nenki; egli riuscì a mettere in diretta comunicazione la vena porta con la vena cava ascendente in alcuni animali; in quelli che sopravvissero al trauma non vide manifestarsi fenomeno alcuno che attribuire si potesse all'auto-intossicazione.

Da questi sperimenti viene a perdere valore il fegato considerato come purgatorio fisiologico (Queirolo); e forse verrà a rivivere la ipotesi stata emessa dallo Stick, il quale metteva la difesa in tutta vicinanza del luogo di produzione, attribuendo all'epitelio intestinale la funzione premunitrice.

IV.

Le influenze causali della eclampsia ristrette al rene ed al fegato, sebbene siano questi organi fra i più importanti, fra i più attivi, fra quelli cui spetta un ufficio di eliminazione dei prodotti del ricambio materiale, non poterono appagare il Bouchard, il Riviere ed altri valenti ricercatori, i quali vollero con acuta analisi risalire alla sorgente delle sostanze che inquinare possono l'organismo. Nel canale intestinale si riscontrano diversi alcoloidi, ptomaine e leucomaine, provenienti dalla putrefazione delle materie organiche, le quali si dimostrano fornite di azione tossica. Sebbene passino in discreta misura pel torrente della circolazione, ciò nulla meno nelle condizioni normali il pericolo dell'at-

tossicamento viene scongiurato e dall' azione protettrice del fegato, e dalle vie di eliminazione, che in scala crescente sono fornite dalla pelle, dai polmoni, dall' intestino e dai reni.

La auto-intossicazione si rivela colla diminuzione della tossicità delle orine. Questa fu trovata diminuita nella gravidanza dal Chambrelent, dal Blanc, dal Dumont e dal Goria, il quale però la vide aumentare 6 ore dopo il parto, come aveva pur veduto aumentare dopo lo stesso periodo di tempo l'Aducco in seguito ad ogni altra fatica muscolare.

Alla diminuzione del potere tossico nelle orine corrisponde un accrescimento proporzionale della tossicità in quell' ambiente che è l'intermediario fra il luogo di formazione degli eventuali prodotti tossici, e quello della loro eliminazione dall'organismo. La unità di tossicità o sierotossia del sangue venne dal Rummo e dal Bordoni nell'uomo riconosciuta corrispondente a cm. 10^3. Il Tarnier ed il Chambrelent la trovarono notevolmente aumentata nel sangue delle donne eclampsiche, espressa cioè nelle esperienze state da essi praticate dalle cifre oscillanti da cm. 6^3-3^3.

Queste esperienze vennero confermate dal Bar.

Da questi fatti, ormai alla scienza acquisiti, è lecito il farne una applicazione alla pratica; nell'aumentata tossicità dello siero sanguigno si può trovare un nuovo segno da inscriversi fra i prodromici, e viene schiusa una nuova fonte per il prognostico, logico essendo il credere che la gravezza della eclampside debba essere in ragione diretta del grado di sierotossia.

Volendo spingere più addentro lo sguardo in questo argomento non si può passare in silenzio la teoria del Feltz e del Ritter, i quali danno una grande importanza alle sostanze minerali nella tossicità orinaria. Sono i sali di potassa che si presentano decisamente forniti di potere tossico; nelle orine i sali potassici si presentano nella proporzione del 3 %, i sodici nella proporzione del 7,50 %. L' avvelenamento dei sali potassici si manifesta con convulsioni assai accentuate. Il dott. Espine, in due casi di eclampsia, l'uno di origine puerperale, l'altro in seguito alla scarlattina, ha trovato nello siero del sangue, nel primo caso 0,884, nel secondo 0,777 di principii potassici, la dose normale di essi, secondo lo Schmidt, essendo oscillante da 0,360 a 0,400.

I fenomeni messi in scena dai sali potassici non bastano a dare intera la ragione della auto-intossicazione, che con esattezza di vedute viene dal Bouchard riposta in molteplici sostanze, oggidì dimostrate più dal laboratorio del fisiologo, che da quello del chimico.

V.

Il vedere i casi di eclampside farsi più frequenti in un dato luogo nello stesso periodo di tempo, fece nascere il sospetto che questa malattia appartenesse alla classe, che tuttodì va ingrossando, delle malattie bacillari.

Il Delore pare che sia stato il primo a sospettare che l'eclampside fosse sostenuta da elementi batterici. Il Doleris trovato avendo nelle orine delle donne albuminuriche, un micro-organismo, che iniettato nei conigli produceva pure l'albuminuria, in una comunicazione fatta alla Società di biologia li 21 luglio 1883 venne nella stessa credenza. In un'altra comunicazione fatta alla stessa Società nell'anno 1885 si mantiene saldo alla dottrina microbica. Se ne allontana in una terza fatta col Butte nell'anno successivo, accettando la tossicoemica; lo avvelenamento sarebbe il risultato di una sostanza cristallizzata, insolubile nell'acqua semplice, solubile nella acidulata e nell'etere.

Il dott. E. Blanc di Lione, che nell'anno andato cadde vittima del dovere per malattia contratta nell'eseguire una operazione ostetrica, nelle ricerche intraprese col prof. Fochier, assicurò di avere scoperto nelle orine delle donne eclampsiche un microbo patogeno generatore di convulsioni, di processi flogistici locali, di determinazioni renali (1889).

Il Favre dagli infarti bianchi della placenta di donna eclampsica potè portare alla luce un microbo, che non tardò a battezzare per il *micrococcus eclampsiae,* il quale, secondo l'Hofmeyer, non sarebbe altro che il *proteus vulgaris.* Un bacillo patogeno sarebbe pure stato trovato dal Gerdes nel fegato e nei reni di due donne eclampsiche: anzi nella seconda di esse ne avrebbe riscontrato masse colossali nella placenta le quali mandavano propaggini sin nello strato muscoloso dell'utero (1892). L'Hagler appoggiandosi a ricerche proprie, che vennero confermate dal Döderlein, contesta le ricerche del Gerdes. Per contro il Kaltenbach le accetta come cosa dimostrata, e come causa occasionale degli accessi

fa intervenire le contrazioni uterine, le quali caccierebbero nel torrente della circolazione, i prodotti nocivi elaborantisi nello strato deciduale della placenta (1892). L'Hergott con l'Haushalter andò pure a cercare nelle orine delle eclampsiche la causa della malattia, nelle quali a me pare che si debba dare maggiore importanza a quello che non si trova che a quello che vi si può trovare; in 7 casi il risultato fu negativo, in 2 casi potè isolare un microbo patogeno. Partendo da questi risultati l'Hergott venne ad ammettere due forme di eclampsia, cioè la tossicoemica e la microbica (1893). Agli stessi pensamenti si accosta l'E. F. Fabbri, il quale pure ammette due specie di eclampsia, la gravissima da infezione batterica, la meno grave da auto-intossicazione (1893).

Il Combemale ed il Buè hanno creduto di avere trovato nel sangue lo stafilococco piogeno, in specie le varietà *albus* ed *aureus;* tanto bastò per portarli ad ammettere che la eclampside sia dovuta al prodotto solubile di questi batteri.

Lo Schmorl dalle osservazioni batteriologiche fatte sul ricavato dagli organi di donne eclampsiche nulla potè conchiudere. Infatti, nè nelle culture aerobie, nè nelle anaerobie, nè nelle sezioni non trovò altro che batteri saprofiti e piogeni provenienti da processi infiammatori orditisi nei polmoni e nei genitali (1893).

Il Chambrelent procedette a nuove ricerche sul sangue di tre donne eclampsiche; riguardo agli elementi batterici riuscirono negative, riguardo all'aumento di tossicità venne confermato quanto già era stato prima dallo stesso ricercatore riconosciuto (1893).

In conclusione si può dire che alla teoria microbica manca ancora la sanzione sperimentale, imperocchè non ostante i ripetuti studi e le ricerche istituite con metodi appieno corrispondenti al rigore scientifico, ciò nullameno si può dire che si è ancora nel periodo dell'analisi, e quindi non attendibili le conclusioni che qualche impaziente volesse trarre, imperocchè non solo sono ignote le specie, ma è pur anco incerta l'esistenza degli agenti batterici, come ignota la via della loro introduzione.

VI.

Lo Schmorl, il cui nome fu già da me ricordato nel corso di questa lettura, vedendo insufficiente la clinica osservazione, infidi i mezzi spe-

rimentali per risolvere il difficile problema della patogenesi della eclampside, si rivolse con particolare amore all'anatomia patologica, sperando di potere per questa via, aperta dall'illustre italiano che le fondamenta ne pose, arrivare alla conoscenza delle cause e della sede della malattia. Egli praticò l'autopsia di 17 donne state tolte di vita dall'eclampsia, in tutte esaminò e studiò gli organi principali sotto un triplice punto di vista, cioè il macroscopico, il microscopico ed il batteriologico. Occorre qui brevemente riassumere il risultato delle sue diligenti e pazienti ricerche.

Riguardo al fegato nulla rimane ad aggiungere a quanto venne di già accennato; lo Schmorl come il Pillet ed altri vi trovò emorragie, necrosi circoscritte e zone ischemiche. Nei polmoni trovò trombosi capillari estese, trombosi venose ed arteriose, in parte parietali e in parte otturanti, cellule epatiche nelle arterie e nei capillari polmonari. Nei trombi arteriosi scoprì cellule giganti polinucleate, che a suo dire sono costituite dagli elementi dell'epitelio di rivestimento dei villi coriali. Egli potè seguire le cellule nel lungo loro viaggio dalla placenta al polmone; le vide libere negli spazi intervillosi, nelle vene delle pareti uterine, nel sangue del cuore destro; le vide arrestarsi per il loro volume nei capillari dei polmoni.

Alle lesioni epatiche e polmonari corrispondono lesioni consimili nel cervello, cioè emorragie puntiformi, rammollimenti miliari, trombosi ialine; e talvolta anche ivi rilevò la presenza di cellule epatiche.

Nei reni riscontrò processi degenerativi degli epitelii, punti necrotici, cilindri ialini, e frequenti le note della glomerulite. Lo Schmorl attribuisce al cloroformio, che è tra i più frequenti presidii terapeutici adoperati contro la eclampside, la degenerazione grassa degli epitelii cui il Leyden dà tanta importanza.

Appoggiato ai rapporti anatomici con moltissima cura raccolti, venne condotto ad ammettere, quale causa determinante della eclampside, la penetrazione nei circoli materni di elementi provenienti dagli annessi del feto, i quali costituirebbero la lesione fondamentale, producendo o meccanicamente o per la loro azione coagulante trombi ed emboli nel fegato, nei polmoni, nel cervello e nei reni; onde una nuova teoria che si può giustamente chiamare embolica.

Lo Schmorl, seguito a breve distanza di tempo dal Pestalozza,

iniettando nel sistema circolatorio delle cavie una emulsione di placenta, ne vide succedere estese trombosi; siccome si ottenne da altri sperimentatori col sangue coagulato, col fermento fibrinogeno, colla emulsione di organi diversi. Il Klebs la sostanza coagulante la fa derivare dal disfacimento delle cellule epatiche, il Pestalozza dalle cellule placentari, lo Schmorl dagli abnormi prodotti del ricambio dovuto all'alterazione della placenta, che penetrano in circolo cogli elementi dei villi coriali. Nè diversa è per quest'autore la causa primordiale dell'eclampside *post-partum*, che egli ripone nei resti placentali rimasti nell'utero.

Non è un fatto nuovo la trasmissione degli elementi organici forniti dagli annessi fetali all'organismo materno. Nella donna l'unione fra la parte fetale e materna della placenta è così intima da rendere impossibile il distacco senza che quella porti seco ed a sè aderente uno strato di questa. I villi coriali nuotando liberamente nel sangue materno possono invadere i vasi, coi quali si trovano in intimo rapporto, tanto più quando quelli si siano fatti ipertrofici, proliferanti. Il villo dapprima separato dalla corrente sanguigna per la interposizione di elementi deciduali, e degli endoteli vasali, per un processo di regressione di questi elementi, finisce per trovarsi in diretto contatto col sangue materno (Clivio).

La tendenza invadente dei villi coriali fu già dimostrata dal Wolkman, dal Wilbon, dal Jarotsky e Waldeyer, dal Krieger e dal Meyer limitatamente all'utero. Il Pestalozza in una donna morta 15 mesi dopo la espulsione di una grossa mola idatiforme, trovò i villi coriali degenerati ed arborescenti nei vasi uterini, nel plesso pampiniforme e nei vasi polmonari, nei quali potè scorgere che le vegetazioni a tutta prima libere dalla parete vasale, non tardarono a mettersi con questa in intima unione con un processo che ricorda quello della formazione deciduale. In tutte queste osservazioni non si osservarono mai convulsioni.

L'Acconci mediante l'iniezione ipodermica di una soluzione di carbonato di ammoniaca in cavie gravide prossime al parto, provocò accessi convulsivi letali rassomiglianti agli eclampsici. Nel sangue del cuore destro e nelle arterie polmonari, trovò quasi costantemente la presenza di elementi, che egli con altri osservatori, non meno competenti, ritenne provenienti dalla placenta (1893). Questi esperimenti infirmano il valore

della teoria embolica portando ad ammettere che la migrazione degli elementi placentali sia un fatto secondario agli accessi convulsivi.

Poco sopra ho rammentato le osservazioni con le quali venne in alcuni casi comprovata la invasione dell'organismo materno per parte dei villi coriali, i cui rapporti con quello sono nelle condizioni ordinarie facilmente e per intero interrotti. Ma fra questo processo ed il fatto anatomico stato dimostrato dallo Schmorl passa una grande differenza. Nel primo caso si tratta di villi coriali, o di frammenti di villi, degenerati e morbosamente proliferanti, che si comportano come le neoformazioni d'indole maligna; nel secondo caso le provenienze della placenta sono ridotte agli elementi cellulari, e penetrano nel torrente della circolazione materna a guisa degli emboli, e sono sforniti della attività invadente propria dei neoplasmi maligni.

Se tale veramente fosse la causa genetica della eclampside, questa dovrebbe essere malattia frequente, ed in pari proporzione colpire le primipare e le pluripare.

Questa considerazione unitamente alla deficienza della sanzione sperimentale mi portano ad estendere alla teoria embolica le stesse conclusioni che mi hanno portato a rigettare la teoria microbica.

VII.

La eclampside è tale malattia, nè fa bisogno che io ve lo rammenti, la quale preceduta per il consueto da prodromi abbastanza significativi insorge in modo subitaneo, assumendo lo andamento delle malattie acutissime a curva rapidamente ascendente, e con curva discendente poco meno rapida viene susseguita dalla guarigione con la reintegrazione anatomica e funzionale di quegli organi, che la osservazione clinica e l'anatomia patologica hanno dimostrato offesi. Fatta — nè fa d'uopo il dirlo — la eccezione di quei casi, non infrequenti, nei quali o per lo infuriare degli accessi, o per le avanzate alterazioni, o per le complicazioni terminano con la morte, ovvero dietro di sè lasciano una successione morbosa, di cui è facile il trovare l'anello di congiunzione colla malattia primaria. Una forma morbosa tipica di questa fatta conduce a credere che sia dipendente da un'auto-intossicazione da causa meccanica inerente alla gravidanza. Perciò da cotesto concetto patogenico

viene indicata la via per arrivare alla conoscenza delle cause generatrici della malattia, e nelle condizioni attuali della scienza parmi che la teoria renale, meglio delle altre, possa soddisfare alla forma clinica ed al criterio terapeutico.

La clinica con la scoperta dell' albuminuria, precedette l' anatomia patologica. Questa portando le sue investigazioni sul rene, ecco quanto ha trovato: il rene apparisce anemico sopratutto nella sostanza corticale; facile è il liberarlo dalla capsula che lo involge. Vi ha degenerazione grassosa dei canalicoli contorti, dei glomeruli e talvolta anche delle cellule epiteliali che rivestono la branca ascendente dell'Henle. Talvolta si sono trovati infarti necrotici, e nei vasi renali cellule epatiche, trombosi ialine, fibrinose e grassose. Il tessuto connettivo si presenta inspessito non da proliferazione cellulare, ma da infiltrazione edematosa. In alcuni casi si constatarono i reliquati di fatti patologici preesistenti alla gravidanza.

Le lesioni renali di rado sono mancanti; ma la più frequente, la più comune, la più diffusa essendo l'anemia e la steatosi epiteliale, il Vinay venne con fondamento di ragione portato a sostenere che sia il risultato di un processo distrofico, e non dipendente da un vero processo flogistico.

La genesi della nefropatia della gravidanza, si collega, si immedesima con quello della albuminuria, che con tanta frequenza nello stesso stato osservandosi può venire classificata fra i fenomeni premonitori della eclampside.

Nel sangue si vollero cercare i momenti eziologici della albuminuria gravidica. Senza fermarmi sulla iperalbuminosi del Gubler, la quale ha soltanto il valore di una ipotesi, brevi parole dirò sulla teoria del Peter alla quale non si può negare un clinico fondamento.

La donna gravida elimina per l'apparato uropoietico, una maggiore quantità di urea; secondo il Quinquaud, l'urea nelle 24 ore da 22-24 gr. sale a 30-38 gr. L'accrescimento nella escrezione non si può concepire senza un proporzionato accrescimento nella circolazione, onde una iperemia funzionale esagerata, che può venire, in date circostanze, facilmente seguita dall' albuminuria che il Peter chiama serinuria. Questa veduta teorica venne accettata dal Chopard per spiegare la genesi della nefrite gravidica.

Questa fisiologica interpretazione porta a ricordare gli sperimenti varii e ripetuti che sono stati fatti in tempi e con metodi diversi per scoprire la fenomenologia che può essere dovuta allo accumulamento dell'urea nell'organismo. L'Hammond, il Gallois ed il Meissner iniettarono l'urea nel sangue dopo la esportazione dei reni, e videro morire gli animali in mezzo a fenomeni uremici, assai più presto che quando erano stati soltanto legati gli ureteri, od esportati i reni.

Il Voit, il Frerichs ed il Crommelan provarono e riprovarono pure con l'urea, ma nei loro esperimenti lasciarono una lacuna, non indicando lo stato dei reni e dell'orina. Il Mya e il Vandoni, con sperimenti praticati nella clinica di Torino, poterono dimostrare che con le ripetute iniezioni ipodermiche di urea si vede comparire l'albumina nelle orine, dapprima in modo transitorio, di poi permanentemente, perchè dovuta ad un vero processo di nefrite, la quale, allorquando è costituita, facendo a sua volta impedimento alla eliminazione dell'urea, viene creato un circolo patogenico. Il risultato ottenuto con questi sperimenti riesce conforme alle esperienze dell'Hoppeseyler e del Newmann, i quali provarono accresciuto il potere filtrante con l'aggiunta dell'urea ad una soluzione di albumina, ed acquista valore la teoria ematogena dell'albuminuria, propugnata con tanta convinzione dal M. Semmola, secondo la quale l'albumina del sangue nel morbo del Bright subisce una alterazione chimico-molecolare, per cui non potendo essere nè assimilata, nè bruciata, viene eliminata come sostanza estranea all'organismo che, fornita di una diffusibilità patologica essendo, altera la via per la quale esce dall'organismo.

Le esperienze del Mya e del Vandoni, dell'Hoppeseyler e del Newmann, portano a dissentire dal Charrin, per il quale sarebbe già suonata l'ora della riabilitazione dell'urea, sebbene si presenti all'animo il dubbio che lo accumulamento dell'urea nell'organismo, con la sperimentazione continuata, superi d'assai i limiti di quello che nell'ordine patologico si è soliti ad osservare.

Siccome oggidì pare al fegato devoluta la funzione di preparare l'urea, e di presiedere al metabolismo delle sostanze azotate, sarebbe importante di vedere come si comporta quest'organo nell'uremia sperimentale. Da queste ricerche ne potrebbe forse venire qualche luce sulla teoria epatica dell'eclampside.

Il Gaucher dimostrò che lo accumulamento della tirosina del sangue conduce pure alla nefrite. L'Albertoni e il Possenti poterono sperimentalmente ottenere la nefrite acetonurica. Lo Stumpt avendo trovato nelle orine delle eclampsiche, oltre lo zucchero, anche l'acetone, non è alieno dal considerare quest'ultima sostanza come causa della eclampside. Il Vicarelli cercò l'acetone nelle orine in otto casi di donne che portavano il feto morto e macerato; non mancò mai l'acetonuria, mancarono sempre le convulsioni. Nè ciò mi fa sorpresa; supponendo nel sangue la presenza dell'acetone, che fu riscontrata nei diabetici, nei processi febbrili infettivi e nelle auto-intossicazioni, siccome è sostanza molto dializzabile e diffusibile, viene con sollecitudine eliminata per la via delle orine. Ed è con tutta probabilità questa la ragione per cui la morte del feto, dalla quale si origina l'acetone per le metamorfosi regressive che ne succedono, torna per l'organismo materno non di nocumento, ma di sollievo per le nefropatie ed i fenomeni cardio-polmonari che possono complicare la gravidanza.

Incalzato dal tempo, affrettare mi debbo a far piegare il discorso alle cause di ordine meccanico, le quali, fra le generatrici della nefropatia gravidica, mi sembrano quelle che debbono essere prese in peculiare considerazione dal clinico.

Accadendo spesso di vedere la nefropatia gravidica accompagnata da albuminuria e da oligouria, sintomi questi proprii delle complicazioni renali delle cardiopatie organiche non più compensate, si pensò alla congestione passiva per compressione dell'utero gravido o direttamente sulle vene convolgenti o sulla cava ascendente a monte dei reni.

Certo è che l'aumento di pressione nel sistema venoso per arrivare a produrre un disagio nei vasi glomerulari deve essere abbastanza forte, imperocchè il vaso efferente spiegandosi altra volta in una rete capillare a maglie poligonali, involgente i tubolini contorti, sono due i sistemi capillari sui quali viene ad esercitarsi la pressione e dei quali viene perturbato il circolo. Ciò nullameno il Frerichs, il C. Braun, l'Hippolite, il Lever, il Rosenstein ed altri accettarono questo momento etiologico. Il quale ammettere non si può, ricordando la sede dei reni e dei vasi suoi, il livello cui arriva il fondo dell'utero in quel periodo della gravidanza, in cui viene in scena l'albuminuria, e più di tutte le tavole di anatomia topografica ostetrica (Braun, Chiari, Stratz, Chiara,

Waldeyer, Pestalozza, Tibone, ecc.), raccolte mediante la congelazione di cadaveri di donne morte a gravidanza avanzata ed in soprapparto, dalle quali rimane luminosamente provato che i rapporti dell' utero con la colonna vertebrale non sono mai tali da portare perturbamenti nella circolazione venosa renale, la quale viene anche assicurata dalla anastomosi della vena renale con la piccola azigos e con una grossa vena lombare (Lejars).

All'infuori della pressione diretta dell'utero sui vasi che esportano il sangue dal rene, può qualche disturbo venire portato alla circolazione renale di ritorno dalle affezioni dei polmoni che ne incagliano la circolazione (Senator), dalla polisarcia od anche dall' aumento della colonna sanguigna per la vena cava ascendente, dovuto al nuovo e cospicuo territorio vascolare costituito dall'utero gravido, potendo quello qualche rallentamento apportare nel movimento del sangue nei vasi alla stessa vena affluenti.

Nella gravidanza progredita, ancor più durante il parto, deve farsi maggiore l'aumento di pressione nella cavità addominale; questo aumento venne equiparato dal Polaillon ad una colonna di mercurio dell' altezza di un centimetro. L' utero gestante, innalzandosi gradatamente nella cavità addominale, le cui pareti sono in massima parte elastiche e cedevoli, sposta e comprime i visceri coi quali si trova in contatto. La pressione generale intraddominale, sebbene notevolmente accresciuta, non può portare squilibrio alcuno nella circolazione renale, perchè in eguale modo e misura si esercita sui vasi suoi immergenti ed emergenti; può però produrre l'ischemia renale, può puranco impedire la dilatazione degli ureteri sino al punto in cui la pressione fornita dalla forza su di essi premente non si faccia soverchiante su quella dovuta alla pressione intraddominale.

Il Morgagni fu il primo a riconoscere come in alcuni casi l'utero, aumentato di volume per il fatto della gravidanza, possa comprimere gli ureteri sino ad impedire la discesa dell'orina in vescica.

Più esplicito fu il C. Braun, il quale scrisse che la stasi dell'orina negli ureteri e nella pelvi renale può determinare lo sviluppo della eclampsia.

L'Halberstma, nella conferenza tenuta nel Congresso medico di Londra nell' anno 1871, appoggiandosi ad osservazioni anatomiche, so-

stenne che la maggior parte dei casi di eclampsia è dovuta alla ritenzione orinaria per pressione e stiramento degli ureteri. L'autore, lungi dall'essere assoluto ed esclusivo nel sostenere la sua dottrina, si mantiene in una prudente riservatezza; nè si dimostra alieno dallo accostarsi all'opinione del S. Thomas, il quale distingue due serie di casi di eclampsia, cioè quelli che si osservano nelle primipare dipendenti da compressione degli ureteri di prognosi più favorevole, e quegli altri più disgraziati in cui in donna pluripara la gravidanza è sopraggiunta a complicare un'affezione renale preesistente.

Sebbene la teoria dell'Halberstma sia stata vivamente combattuta dallo Schroeder, dal Kleinwächter e dal Leyden, il quale però la accetta come causa dell'albuminuria gravidica, cionullameno venne presa da altri autori in seria considerazione. Il Löhlein su 32 donne eclampsiche in $^1/_4$ dei casi trovò od uno od entrambi gli ureteri dilatati; l'Olshausen trovò la stessa lesione in 116 dei casi.

Alle osservazioni già appartenenti agli annali della nostra scienza posso aggiungerne una a me personale, che in poche parole riassumo per non abusare troppo a lungo della vostra benevolenza.

Donna primipara, anni 19; essendo a termine di gravidanza ed in principio del periodo di dilatazione, preceduta da prodromi si manifestò l'eclampside; presentazione del vertice; il parto venne terminato col forcipe. Le orine quasi intieramente soppresse; si fu soltanto nel secondo giorno del puerperio che se ne poterono estrarre cm. 100^3 di colore nerastro, e notevolmente albuminose. Dopo il parto, il quale ebbe luogo li 28 giugno 1883, ricuperò l'intelligenza, e pareva che la malattia accennasse a guarigione, quando nel secondo giorno del puerperio, dopo aver risentito un forte dolore alla regione lombare, venne colpita dal 7.° accesso convulsivo che fu seguito immediatamente dalla morte.

Le note anatomiche principali furono l'anemia del cuore, del cervello e dei polmoni, e la dilatazione cospicua di entrambi gli ureteri partendo dalla loro origine sino al punto in cui contornano il collo dell'utero.

È noto il corso degli ureteri nella cavità pelvica che dal Berry Hart fu distinto in 4 parti. In corrispondenza dello stretto superiore l'uretere che sta al dinanzi dell'arteria ipogastrica ed all'interno della vena iliaca esterna può facilmente venire compresso dall'utero gravido

contro la parete pelvica col quale si trova in rapporto. L'uretere in quel tratto che sta al disotto della decussazione dell'arteria uterina, che è anteriore, dista dall'utero vuoto soltanto un centimetro e mezzo; sebbene non siano ben noti i rapporti dell'uretere con l'utero gestante, ciò nullameno non credo di allontanarmi dal vero ammettendo che possa venire deviato, compresso in specie nelle donne primipare, nelle quali la testa assai per tempo scende nello scavo, ed incappucciata dal segmento inferiore si interna nella vagina, che ha pure qualche rapporto con gli ureteri prima della loro penetrazione in vescica, la dilata e la spinge contro le pareti pelviche e con essa gli ureteri.

Per addurre un perturbamento nella funzione dell'uretere non fa di bisogno di una pressione molto forte; secondo l'Halbertsma, che ha fatto i suoi sperimenti sul cane, basta un peso di 5 grammi ripartito sulla lunghezza di 8 mm. per impedire il passaggio di una colonna di 400 grammi. Ora si sa dalle ricerche del Ludwig e del Löbel che la pressione dell'orina nella pelvi renale è assai bassa, non va oltre 10 mm. di mercurio. Il Max Hermann portò nell'uretere una compressione equivalente a 35 mm. ed ebbe rallentamento nella circolazione venosa renale.

Il Guyon e l'Albarran studiando in via sperimentale la ritenzione dell'orina, videro dopo 24 ore sparire la contrazione peristaltica dell'uretere, e tosto ripristinarsi se cessa la causa ostruente. Ma se questa più a lungo dura, la paralisi dell'uretere si fa persistente.

Il ristagnamento del liquido secreto a grado a grado si propaga sino a rallentare il circolo nei vasi glomorulari, onde l'albuminuria (Leyden, Braun, Felsenreich); se poi all'agente meccanico si aggiunge l'agente infettivo si può ordire la pielo-nefrite (Rablaud, Vinoy, Bonneau).

Da queste considerazioni sono portato a credere che nella patologia della gravidanza, l'influenza dell'utero sugli ureteri abbia una importanza maggiore di quella che viene oggidì generalmente ammessa. E se nella pratica più frequente non si osservano gli effetti dannosi dalla compressione, dallo spostamento dei canali che fanno comunicare i reni con la vescica, ciò dipende dal fatto che la compressione di rado è bilaterale, dipende dal fatto la causa premente è costituita da un organo non fisso, ma fornito di una certa mobilità per i mutamenti di posizione della donna, e per i mutamenti nella posizione e talvolta anche nella

presentazione del feto, e quindi l'azione perturbatrice riuscendo incompleta, discontinua, non si eleva che assai di rado a potenza morbosa.

Dopo la conferenza dell' Halbertsma, varii autori si sono occupati della condizione anatomica degli ureteri in quel periodo della vita della donna, in cui essa può cadere vittima dell' eclampsia; ma non venne portata l'attenzione sulla vescica, nella quale mi pare che si possano in certe circostanze verificare talune di quelle condizioni che conducono allo stesso risultato.

L'utero adduce, verso la fine della gravidanza, spostamenti e cambiamenti di forma nel ricettacolo temporaneo delle orine, che vennero indicati e descritti dall'Auvard. In alcuni casi si mantiene nella cavità pelvica, ma foggiandosi a mezzaluna, abbraccia il segmento inferiore dell'utero; in altri casi prende la forma a clepsidra, di cui il punto mediano più ristretto corrisponde al margine superiore della sinfisi pubica, venendo così divisa in due porzioni, la soprapubica e la retropubica; in altri casi, la vescica diventa tutt'affatto organo addominale, prendendo una forma di pera con l'apice in basso. Questi cambiamenti di forma e di sede dipendono dallo stretto rapporto che l' utero assume colla sinfisi pubica e colla parete addominale anteriore, allorquando la gravidanza al termine si approssima.

Durante il soprapparto, si sa che per la accresciuta superficie delle aderenze utero-vescicali, la vescica seguendo la sorte del segmento inferiore dell' utero, viene portata in alto e premuta contro la parete addominale anteriore.

L' Halliday-Croom volle ricercare la pressione intravescicale durante il parto. Le ricerche vennero fatte su 25 donne di varia età, di cui 16 primipare e 9 pluripare, tutte col feto in presentazione del vertice. Eccone i risultati:

La pressione nell' intervallo dei dolori, praticamente si può considerare come nulla.

Nel periodo di dilatazione, il minimo della pressione corrisponde in peso inglese a .1b.6 per pollice quadrato = gr. 5,96 per cm. 1^2; la media è di .42 1b per pollice quadrato = gr. 25,06 per cm. 1^2; accidentalmente si possono nel primo periodo osservare pressioni più elevate, cioè ogni volta che entrano in attività i muscoli che fanno parte della struttura delle pareti circoscriventi la cavità addominale.

Il massimo della pressione venne osservato nel periodo espulsivo, e fu di 3.2 1b, per pollice quadrato = gr. 190,88 per cm. 1^2; la media per pollice quadrato fu di 1.88 1b. = gr. 112,19 per cm. 1^2.

Alla pressione intravescicale non si può certo sottrarre l'uretere e per il lume dell'apertura vescicale, e per tutto quel tratto che sta nella spessezza delle pareti della vescica. La superficie soggetta alla pressione secondo le misure da me prese (1), non può essere inferiore a cm. 6^2 per ogni lato, e quindi la pressione che si frappone come un ostacolo alla discesa delle orine nel primo periodo del parto risulta di gr. 150,36, nel secondo periodo ascende a gr. 673,14.

La colonna liquida che viene dai reni, mossa com'è da una forza di poco momento, è facilmente arrestata dall'ostacolo che sorge dinnanzi a sè allorquando nel soprapparto l'utero entra in attività.

Certo non si può credere che il temporaneo impedimento all'entrata in vescica dell'orina sia per sè bastante ad arrecare nella funzione renale e notevoli e durevoli perturbamenti. Se in questi termini stesse la cosa, la nefropatia gravidica dovrebbe essere assai più frequente, e manifestarsi di preferenza in quei casi, nei quali la durata del travaglio è protratta, e più frequenti le contrazioni; il che non è. La causa essendo intermittente nell'azione e di breve durata, gli effetti durante la pausa si dissipano, e l'organismo non ne risente danno.

Così procedono la cose, quando e i reni e il suo condotto escretore sono in stato normale; ma allorchè di quelli è disturbato il circolo ed alterata la struttura, o di questo reso incompleto l'ufficio dall'utero gestante, sopraggiungendo un nuovo coefficiente per la sospensione momentanea, e a brevi intervalli del deflusso orinoso, si accelera il processo sino alla determinazione di una forma morbosa. Questo etiologico concetto fornisce la spiegazione della maggiore frequenza con cui si manifesta l'eclampside, allorquando l'attività uterina incomincia a mani-

---

(1) Il diametro esterno dell'uretere essendo all'incirca di 4 mm., e la porzione intervescicale di cm. 1, 5-2, prendendo la cifra minore per base del calcolo si ha per l'appunto in superficie cm. 6^2 senza tener conto dell'ostio uterico nel quale il Simon (« Sui metodi per rendere accessibile la vescica orinaria e sul cateterismo degli ureteri nella donna » — conferenze cliniche del Volkmann, Serie 3.ª, N. 65) potè penetrare con una sonda speciale, la cui estremità ingrossata a forma olivare misura in diametro più di 2 mm., e quindi in area mm. $3,^2$.

festarsi sotto la forma di contrazione; si trova pure la spiegazione dell'efficacia terapeutica che nel compimento del parto s'incontra. E facendo ancora un passo dalle investigazioni sperimentali ai fatti clinici, nell'agente meccanico della compressione vescicale si può pure riporre la cagione produttrice dell'albuminuria transitoria delle partorienti.

VIII.

L'importanza che ho dato ai momenti etiologici della nefropatia gravidica, senza che per parte mia altre parole si aggiungano, mette in evidenza la mia opinione relativamente alle cause generatrici della eclampside. A determinare quella sindrome che si comprende nel termine collettivo di insufficienza renale, più può la estensione, la diffusione del processo che la sua intensità. Nelle lesioni renali bilaterali in via di evoluzione, perchè sempre sotto il dominio delle cause che le ha prodotte, la funzione va via via circoscrivendosi in zone sempre più anguste; fattosi labile l'equilibrio, basta un lieve aggravamento o per la diffusione del processo, o per il sopravvento di una nuova causa anche intrinsecamente di poco momento, per vederlo crollare, e spiegarsi in modo violento un fatto patologico.

Ma se l'azione patogenica viene tolta di mezzo con sufficiente prontezza ad uno stato grave minaccioso, succede in breve ora rapida, completa e durevole la guarigione, sostenuta dalla completa reintegrazione degli organi dalla rappresentanza sintomatica dimostrati offesi.

Ma se per contro la causa patogenica, o per la intensità, o per la durata dell'azione, diede di già luogo ad alterazioni, o molto diffuse o profonde, quand'anche sia levata di mezzo, non si ripristina la funzione in modo da potere soddisfare ai bisogni provenienti dall'incessante ricambio materiale, in ispecie allorquando altri organi, cui è pure devoluta una attribuzione eliminatrice e depuratrice, siano contemporaneamente lesi.

In questo concetto dottrinale si racchiude, a mio avviso, la teoria che senza sforzi può abbracciare la maggior parte dei casi di eclampsia, la quale è in armonia con le cause dalla clinica esperienza poste in rilievo, cioè la primiparità, la gemellazione, la presentazione cefalica, le stenosi pelviche miti, la gravidanza avanzata e il soprapparto.

Sul tema della mia lettura, stato in questi ultimi anni tanto discusso

e studiato con i nuovi metodi che la scienza progredita ha posto nelle mani dei ricercatori, io non ho saputo, Egregi Colleghi, dire cose nè nuove, nè peregrine. Nè di ciò sono spiacente, imperocchè avendo le mie parole rivolte a medici illustri, a dotti maestri, so che sarà per voi facile il colmare le lacune da me lasciate. Il mio scopo fu soltanto di richiamare l'attenzione sovra una teoria, la quale oltre all'avere in suo favore l'appoggio del criterio eziologico e del terapeutico, corrisponde al significato dei sintomi prodromici, ai quali conviene il dare la massima importanza, imperocchè se l'arte fosse sempre sollecita ad accorrere con intelligenza ed energia, appena che in sulla scena compare qualcuno di quei fenomeni che sono considerati come forieri, io sono d'avviso, che più rapida sarebbe la eclampside, meno grave il suo decorso, e meno temibili le sue conseguenze.

Comunicazioni e discussione sull' Eclampsia

Prof. **Mangiagalli** (Milano), crede che finora la teoria più attendibile sia quella che si basa sopra una intossicazione dell' organismo da insufficenza della funzione renale. Egli ritiene però che il coefficente di tossicità del siero del sangue delle eclampsiche non rappresenti per sè solo il titolo dell'altezza dell' infezione tossica eclampsica. Crede che il pronostico dell' eclampsia sia tanto più favorevole quanto più presto è richiesto il soccorso dell'arte. Cita una serie di casi di eclampsia con esito felice nei quali appunto l' intervento fu rapido e precoce. Trova assai giovevole nei primi stadi della malattia la morfina ad alte dosi (8 o 10 centigr. nello spazio di parecchie ore); negli stadi più inoltrati adopera volontieri l'ipodermoclisi salata (siero artificiale), le inalazioni di ossigeno e la respirazione artificiale.

Il dott. **Vitanza** fa una comunicazione *sul parto forzato nella eclampsia*, appoggiandosi specialmente su due concetti: 1.° Che nella placenta, nella caduca, nel cordone, possono contenersi sostanze capaci di favorire l'eclampsia, che quindi vanno allontanati. 2.° Il feto (quando la donna è eclampsica) soccombe nell'utero a gravi convulsioni e quindi deve essere estratto. Oltre ciò cita anche delle ragioni di opportunità

pratica, e sostiene il parto forzato nell'eclampsia, quantunque riconosca che la maggior parte degli ostetrici sono contrari a ciò. Egli sostiene che il parto forzato non accentua i fenomeni riflessi, nè produce profonde lesioni nelle parti molli materne.

Il prof. **Chiarleoni** (Catania) si dichiara apertamente contrario al parto forzato nell' eclampsia, è partigiano invece della cura medica e specialmente dell' uso del cloralio; dice di aver usato con ottimo esito questo medicamento spingendone la dose fino a 16 grammi nelle 24 ore.

Il prof. **Bossi** cita 17 casi di dilatazione forzata del collo di cui 11 in primipare col collo non ancora raccorciato; fa alcune considerazioni sull'acetonuria da residui di tessuti rimasti nella cavità uterina. Crede che si potrebbe adoperare la ricerca dell'acetone in questi casi a scopo diagnostico.

Il prof. **Morisani** a proposito del parto forzato nell'eclampsia dice che se la resistenza del collo uterino è poca o nulla, allora si può fare il parto forzato anche nelle eclampsiche. Quando manchi la preparazione del segmento inferiore, quando cioè il segmento inferiore dell'utero presenti ancora la sua normale resistenza, possiamo avere la più pericolosa delle condizioni per la riuscita dell'atto operativo, possiamo riscontrare un ostacolo tale da far fallire tutta l'opera dell'ostetricia. Conclude col dire che tale intervento è più micidiale che utile.

Il dott. **Cioja** cita 7 casi di eclampsia assistiti personalmente nel servizio della Guardia Ostetrica di Milano con un sol caso di morte. Conferma la favorevole influenza che ha sul pronostico l'intervento pronto dell'ostetrico. Conferma l'utilità della morfina e del cloralio; cita alcune esperienze sulle cavie col siero di sangue di donne eclampsiche. Ricorda alcune lesioni epatiche delle eclampsiche; così si dichiara non favorevole alla dilatazione strumentale forzata del collo, in causa delle lesioni consecutive; preferisce le incisioni alla Dührsen, non crede sempre sufficiente il tamponamento per frenare le emorragie consecutive anche se fatto con sostanze emostatiche, crede migliore la sutura in massa delle lacerazioni ed incisioni alte.

Il prof. **Calderini** è del parere di preparare le condizioni per evitare il parto forzato, impiegando in questo tempo la morfina o la cloronarcosi o il cloralio. Crede assai utile di attivare le funzioni degli apparati orinario, digerente, insieme a quelle della cute. Presenta un piccolo apparecchio molto comodo per praticare facilmente l' ipodermoclisi tanto nell'eclampsia come nelle anemie acutissime da emorragia; consta di un tappo di gomma che si può applicare ad una comune bottiglia; esso è attraversato da due fori in uno dei quali passa un tubetto

lungo il doppio del tappo, di cui l'estremità esterna è chiusa con un filo annodato; sotto di questo cingolo il tubetto è inciso con un colpo di forbice in modo da formare in una parte della sua parete una specie di valvoletta. L'altro foro dà passaggio ad un tubo pure di gomma, ma lungo circa 2 metri di cui un estremo passa nel liquido della bottiglia, e porta l'ago per l'ipodermoclisi.

Il dott. **D'Erchia** è partigiano dello svuotamento dell'utero nell'eclampsia: dopo aver adoperato i narcotici, provoca il parto col metodo di Krause.

Il dott. **Gelli** nell'eclampsia fa largo uso di morfina ad alte dosi e del cloralio, non crede molto utile l'azione della cloronarcosi per interrompere gli attacchi.

Il dott. **Kroenig** (Lipsia) fa rilevare che fino al momento in cui non saremo più istruiti sulla eziologia e sui reperti anatomo-patologici dell'eclampsia stessa, si cerchi prima di tutto di combattere il sintoma più grave, cioè l'accesso eclampsico adoperando i narcotici. Questo metodo dà una mortalità in media del 20 al 30 0[0. Possiamo adoperare i narcotici per troncare gli accessi, ma non per guarire l'eclampsia. Però anche le alte dosi di narcotici possono dare delle conseguenze molto gravi. A Lipsia il trattamento con la morfina è abbandonato da un anno e rimpiazzato dal parto forzato. Le statistiche delle diverse cliniche sono differenti. A Lipsia si ebbero 18 casi di eclampsia con un solo caso di morte. In questo metodo di trattamento dell'eclampsia col parto forzato, bisogna fissare due punti principali ai quali non bisogna mai venir meno: 1.° l'emostasi, 2.° l'asepsi assoluta. Nei due terzi dei casi citati vi erano forti emorragie per lacerazioni cervicali. Queste emorragie si poterono padroneggiare col tamponamento del canale utero-vaginale con garza asettica. Il Dührsen ha raccomandato il tamponamento con garza fortemente jodoformizzata (20 0[0), ma nell'eclampsia questo metodo è pericoloso in causa della nefrite; come pure per la stessa ragione bisogna evitare certe iniezioni antisettiche e curare invece molto l'asepsi. Malgrado le maggiori precauzioni prese, metà delle operate risultarono infette, però l'infezione si limitò nel maggior numero dei casi all'endometrio; il solo caso di morte che si ebbe, era dovuto ad una sepsi acuta. La narcosi viene adoperata solo durante l'operazione del parto forzato. Si fa qualche volta il salasso estraendo da 600 ad 800 gr. di sangue, quando l'edema polmonare sia minaccioso.

Risposta del dott. F. Caruso alla lettera del dott. L. M. Bossi

A PROPOSITO DELL' ABLAZIONE TOTALE DELL' UTERO

NEL TAGLIO CESAREO PORRO

Egregio Collega,

Se Ella avesse avuto per poco la pazienza di attendere la pubblicazione del resto del mio lavoro sull' argomento, non si sarebbe certo data la pena di scrivere una lettera al mio indirizzo nell' intento di far meglio valutare il suo caso, che io avevo già messo nella giusta luce. Imperocchè avrebbe notato come io in apposito paragrafo ho diviso le indicazioni dell'atto operativo in quistione in quelle di necessità ed in quelle di elezione, ed ho fatto rilevare come a questa seconda categoria di casi finora non appartenga che il suo. Ma lasciamo stare quello che non ancora è stampato e atteniamoci alla parte del mio lavoro già pubblicata. Nel fare la storia dell'estirpazione totale dell' utero come complemento di taglio cesareo, io, dopo di aver citato i vari casi, in cui si era praticata quest'operazione, conchiudo con queste parole (pag. 380): « *merita infine di essere ricordato.... come il Bossi non ha guari ricorresse all'estirpazione totale, non per necessità, ma per elezione, ritenendola il vero ideale del taglio cesareo demolitore.* »

Dalla lettura di questo brano si rileva: che in tutti gli altri casi esisteva indicazione assoluta all'ablazione totale dell'utero, laddove nel suo l' indicazione fu di elezione. Se poi ho messo nell' istessa tabella il suo caso e quelli operati per indicazione assoluta, è stato per semplificare l'esposizione statistica, non credendo opportuno di fare di un caso solo una rubrica a parte. E nella suddetta tabella, alla colonna « *indicazione* » non ho fatto alcuna aggiunta alla parola « *osteomalacia,* » perchè ciò mi è parso superfluo dopo quanto avevo detto e dovevo dire intorno all' indole del suo caso. Il non avere stabilita una rubrica separata pel suo caso, non ha potuto far conchiudere ad alcuno, che siasi

attenuto alla sostanza e non alla forma, all'interpretazione vera e non alla letterale, che nel suo caso l'indicazione dell'estirpazione totale fosse offerta dall'osteomalacia. Per essere chiaro, secondo il suo desiderio, avrei dovuto scrivere che il vizio pelvico in generale diede l'indicazione al taglio cesareo, l'osteomalacia all'amputazione utero-ovarica, il proposito di evitare gli inconvenienti prossimi e remoti inerenti all'abbandono del peduncolo uterino all'estirpazione totale. Ora tutto ciò in una tabella statistica è inutile dirlo, quando si rileva dal contesto del lavoro. Il dire che l'isterectomia totale cesarea fu fatta per osteomalacia, supposto che io avessi creduto di affermar ciò, non è la stessa cosa che dire, come Ella afferma, « che nel caso *a* di taglio cesareo demolitore si affondò il peduncolo per bacino piatto-rachitico, nel caso *b* per bacino pseudo-osteomalacico, nel caso *c* si formò il peduncolo esterno per bacino uniformemente ristretto, ecc.! » La prima affermazione non è un errore, potendo essere indicata in casi di osteomalacia tanto l'operazione Porro quanto l'estirpazione totale, consistendo l'interessante della terapia nell'asportazione dell'utero con gli annessi in generale, laddove le altre affermazioni rappresentano un errore grossolano. E a causa del difetto di esposizione statistica, il quale Ella mi addebita, non si viene a trarre dalla mia statistica di 11 casi con 7 morti alcuna conclusione *disastrosa,* nè a scoraggiare coloro che intendano accingersi all'operazione, perchè io sconsiglio (pag. 388), per ragioni che non starò a ripetere, di trarre conclusioni di sorta da una tale statistica, e cerco d'incoraggiare gli operatori a intraprendere l'estirpazione totale, quando dico che la mortalità bruta che graverebbe sugli 11 casi è molto superiore a quella che l'operazione è capace di offrire al presente; ed in seguito porto in campo altri argomenti statistico-clinici per appoggiare il mio asserto. Anche riassumendo i dati, come Ella vuole, su 9 casi (non calcolo quello di Warren) di estirpazione totale con lesione dell'utero, si ebbero 7 morti, su di 1 ad utero normale esito felice, quale importante deduzione statistica pel momento si sarebbe potuto trarre? Io non ho riassunto i dati a questo modo, e neppure ho diviso i casi di indicazione assoluta per carcinoma da quelli operati per mioma, il che anche si poteva fare, perchè non l'ho creduto razionale, stante l'esiguo numero di osservazioni; e son sicuro che la statistica da me data, dopo quello che ho detto e dirò, non comprometterà (tutt'altro!) il concetto fondamentale a

cui Ella fu ispirato nell'intervento. Che poi il suo caso sia il primo di una serie di esperimenti clinici, che anche io auguro lunga ed altrettanto felice, è un fatto che io avevo già abbastanza rilevato per non obbligarLa a tornarvi sopra.

Con stima mi creda

Napoli, 8 settembre 1894.

Devotiss.
Dott. Francesco Caruso.

RASSEGNA

CHAZAN. — **Intorno alla idrorrea delle gravide.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 5, 1894.

L'A. espone brevemente le diverse possibilità e maniere di secrezione uterina durante la gravidanza, e comunica un caso in cui si tratta certamente di secrezione dal sacco amniotico. Nelle membrane ovulari si potè, dopo la rottura, constatare l'apertura necessaria.

La prima effusione di liquido avvenne circa nove settimane avanti il parto che si effettuò a termine.

Dott. R. Polacco.

ORLOFF. — **Breve comunicazione intorno a 200 laparotomie.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 5, 1894.

Comunicazione statistica — alla castrazione è dedicato un breve capitolo.

Dott. R. Polacco.

SIPPEL. — **Intorno alla diagnosi della sede placentare secondo Palm.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 5, 1894.

L'A. potè confermare in due casi di taglio cesareo le conclusioni di Palm V. *Münch. Med. Woch.*, 1893, pag. 183).

Dott. R. Polacco.

GOTTSCHALK. — **I tumori descritti da C. Breus come vere formazioni di cisti epiteliali nei miomi uterini sono veri miomi dell'utero?** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 6, 1894.

L'A. viene alla conclusione che tali tumori si debbono considerare come cisti da ritenzione formatesi nei condotti di Gärtner con consecutiva iperplasia della parete esterna della cisti: essi, considerati attentamente, appartengono piuttosto al gruppo delle cisti che a quello dei miomi ed hanno geneticamente nulla a che fare colla parete uterina.

Dott. R. Polacco.

O. FEIS. — **Un caso di fibromioma dell'ovaio sinistro.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 6, 1894.

Comunicazione casuistica. Donna di 38 anni. Laparotomia. Guarigione.

Dott. R. Polacco.

V. WOERZ. — **Un caso di linfoangioma sottoascellare ostacolante il parto.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 5, 1894.

Si tratta di un caso rarissimo: il tumore risiedeva nella ascella sinistra e diede un grave impedimento alla estrazione ed al disimpegno del braccio; mediante trazione e pressione dall'alto venne tratto fuori dal bacino insieme al braccio sinistro. Il bambino (M. 52 : 3630) nacque morto.

Dott. R. Polacco.

S. LIPINSKY. — **Un caso di eritema in puerperio.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 6, 1894.

L'eritema che apparve senza febbre, senza manifestazioni nella retrobocca, senza albumina nelle orine e che dava forte prurito, si manifestò nella stessa donna due volte in due diversi puerperi. L'A. espone brevemente le osservazioni analoghe di altri autori specialmente francesi.

Dott. R. Polacco.

M. SAENGER. — **Intorno alla etiologia ed alla cura operativa della vulvite pruriginosa.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 7, 1894.

L'A. esanima le cause della malattia indicata col nome di prurito vulvare, e le divide in endogene ed esogene, dopodichè espone un'unica classe di questa

malattia che considera come sempre micro-parassitaria. La cura operativa preconizzata da S., cura che agisce bensì in modo radicale, ma che è da adottarsi solo dopo che abbiano fallito tutti gli altri mezzi curativi adoperati con perseveranza e criterio, consiste nella totale o parziale estirpazione della vulva.

Dott. R. Polacco.

R. BENSINGER. — **Sinfisiotomia senza sutura ossea.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 7, 1894.

Caso di sinfisiotomia in cui fu praticata solamente sutura delle aponeurosi o delle parti molli (drenaggio dello spazio retrostante alla sinfisi) e quindi applicata una larga fascia elastica o cintura con correggie e fibbie che si mantenne in posto benissimo. In 14.ª giornata la paziente lasciò il letto: la sinfisi era consolidata.

Dott. R. Polacco.

B. S. SCHULTZE. — **La frattura della clavicola è controindicazione allo scuotere un neonato gravemente asfittico?** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 8, 1894.

Secondo le esperienze fatte dallo S. in un caso di questo genere, la risposta è: « No, » se si pratichino giustamente le manovre. Il pollice sopratutto non deve premere sulla clavicola in direzione verso l'indietro ed in questo modo non potrà spingere verso il torace ed il cavo pleurico qualche pezzo della clavicola fratturata.

Dott. R. Polacco.

A. MACKENRODT. — **Cura operativa delle grandi fistole vescico-vaginali.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 8, 1894.

In caso di fistola molto grande l'A. raccomanda di chiuderla in modo che l'utero, portato all'innanzi sulla parete vaginale anteriore, si introduca in certo modo nella fistola. A questo scopo si deve anzitutto separare in grande estenzione la vescica dalla vagina e il foro vescicale deve essere chiuso prima separatamente. Due pazienti curate in questo modo furono completamente guarite dopo 14 giorni.

Dott. R. Polacco.

N. LEYDEN. — **Contributo allo studio della gonorrea boccale dei neonati.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 8, 1894.

Madre con leucorrea. Il bambino mostrò al 7.° giorno una affezione gonorroica del labbro superiore ed oftalmo-blennorrea. Guarigione abbastanza rapida della ma-

lattia boccale (che si era prodotta per autoinfezione, avendo le mani del bambino toccato successivamente gli occhi e la bocca), mediante spruzzature con sublimato corrosivo (1 : 7000). Dott. R. Polacco.

Indicazioni della provocazione dell'aborto. — *Münch. Med. Wochenschr.*, N. 5, 1894.

Il dott. K. Jaffé nella seduta del 10 ottobre 1893 della Società Ostetrica di Amburgo stabilì le seguenti tesi:

1.° Per la provocazione artificiale dell'aborto necessita l'assenso della madre, del padre (se esiste) e almeno di due medici.

2.° Le indicazioni si dividono in assolute e relative.

Appartengono alle assolute: *a*) Vomito incoercibile della gestante — *b*) Flessione dell'utero gravido — *c*) Occlusione del bacino per tumori ed essudati — *d*) Anemia perniciosa progressiva — *e*) Corea grave.

Si contano nelle indicazioni relative: *a*) Grave stenosi pelvica con C. V. inferiore a 5 cent. — *b*) Enfisema polmonare con segni di degenerazione cardiaca — *c*) Nefrite, specialmenie con eclampsia — *d*) Affezioni croniche del cuore — *e*) Quelle malattie generali delle madre per cui questa, nel parto a termine, verrebbe a trovarsi in gravissimo pericolo di vita.

3.° Le stenosi pelviche con C. V. di 6 cent. e la tubercolosi polmonare data da parecchi autori, come indicazioni di aborto, non si devono ora più ritenere come tali. Dott. R. Polacco.

Contro l'aborto abituale viene nuovamente raccomandata l'assa fetida per uso interno in dose da 7 centigr. e mezzo a 10 per pillola. Si deve cominciare ad amministrarla tostochè la diagnosi di gravidanza è stabilita. In sul principio la gravida prende giornalmente due pillole, poi a poco a poco fino a 10 e, verso la fine della gravidanza, riduce lentamente la dose. In una serie di casi il risultato fu ottimo e, malgrado precedenti ripetuti aborti, la gravidanza raggiunse il termine normale.

Münch. Med. Woch. e *New York Med. Rec.*, 1893.

Dott. R. Polacco.

F. v. PREUSCHEN. — **Le lesioni degli organi centrali, riportate durante il parto, come causa di melena dei neonati.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 9, 1894.

Le malattie citate come causa di melena non possono spiegarne tutti i casi. L'A. trovò in due casi la coincidenza della melena con stravasi intracranici. Gli

animali nei quali egli, con iniezioni intracerebrali di acido cromico produsse lesioni del cervello, mostrarono sempre stravasi nello stomaco e nel duodeno, e così pure quelli in cui si erano artificialmente prodotti stravasi epidurali. Anche le autopsie di casi di melena note nella letteratura, ritiene l'A. argomenti di conferma alla propria teoria; su cinque casi vennero tre volte riscontrati stravasi sanguigni intracranici.

Dott. R. Polacco.

S. LIPINSKI. — **Un caso di episiocleisi con fistola retto-vaginale artificiale.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 9, 1894.

In un caso di grave imperfezione, nel quale anche la colpocleisi non aveva raggiunto lo scopo, venne dopo praticata una fistola retto-vaginale (assai bassa, presso lo sfintere), recentata e chiusa tutta la vulva. Si raggiunse anche la continenza.

Dott. R. Polacco.

L. PROCHOWNICK. — **Intorno alla cura della asfissia dei neonati.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 10, 1894.

Per rianimare i bambini gravemente asfittici, furono fin qui le manovre di Schultze riconosciute come le migliori: una che a queste somiglia, propone l'A. dopo un'esperimento di parecchi anni: consiste nella sospensione del bambino pei piedi, fatta dalla levatrice, e nella ritmica compressione del torace fatta dal medico, il quale appoggia i pollici sagittalmente sullo sterno e le altre dita sul dorso e così circonda tutto il petto colle mani. Già dopo due o tre compressioni, il torace, in grazia della espirazione artificiale, diviene completamento libero, sicchè per la distensione elastica della gabbia toracica, segue la prima inspirazione passiva.

Dott. R. Polacco.

THORN. — **Sulla contagiosità del carcinoma.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 10, 1894.

L'A. espone due casi di « infezione per contatto » e due di « recidiva per innesto » nelle ferite della prima operazione, ed espone quindi la preparazione del carcinoma per l'atto operativo per renderlo asettico ed innocuo. Questa preparazione (con cucchiai, forbici, paquelin, percloruro di ferro, garza jodoformica) viene praticata in modo ugualmente energico ed accurato nei tre giorni precedenti all'operazione. L'A. ritiene che questo modo di preparazione sia da preferire a quello che procede immediatamente l'atto operativo.

Dott. R. Polacco.

A. SCHULTZE. — **Un caso di melena dei neonati.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 9, 1894.

L'A. ritiene di dovere ammettere eziologicamente l'emofilia (bambino, nessun emofilico nella famiglia). Prima emorragia al secondo giorno, morte al quarto. Al disotto del tentorio del cervelletto piccoli stravasi sanguigni bilaterali

Dott. R. Polacco.

KIRCHHOFF. — **Un toracopago nel sacco tubarico.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 10, 1894.

Gravidanza tubarica d. Laparotomia. Rimozione del sacco facile senza emorragia. In questo, due embrioni di cinque settimane congiunti l'uno all'altro per mezzo dei tegumenti del fianco sinistro. La donna morì nel 6.° giorno dall'operazione ed oscura rimase la causa della morte non essendo stata provata l'infezione o l'emorragia interna. L'autopsia non fu concessa.

Dott. R. Polacco.

LOEHLEIN. — **Intorno alla questione dell'origine della osteomalacia puerperale.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 1, 1894.

La teoria della origine bacillare della osteomalacia raccoglie poche adesioni: una nuova prova contraria la porta il L., il quale non potè nel suo caso riscontrare microorganismi nè in un pezzo d'osso esciso nè nelle ovaie.

Dott. R. Polacco.

KOENIG. — **Ricerche sulle secrezioni vaginali di cento gravide. Asepsi in ostetricia.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 1, 1894.

Eccezion fatta del mughetto e dei gonococchi, non vennero mai trovati germi patogeni e specialmente settici, fosse il secreto vaginale normale o patologico. *La vagina di ogni gravida non esplorata è asettica.* Secondo le esperienze cliniche, la natura del secreto vaginale è senza importanza pronostica. Le lavature vaginali durante il parto sono, a cose normali, non necessarie, e sono da tralasciarsi nei puerperii normali.

In un lavoro unito a questo, Döderlein si sofferma sulla differenza fra il secreto vaginale normale ed il patologico e sulla accidentale presenza di streptococchi in quest'ultimo.

Dott. R. Polacco.

CHROBAK. — **Sulla cura retroperitoneale del peduncolo nella miomotomia.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 2, 1894.

Importante in questa operazione è la formazione di due grandi lembi disuguali di sierosa, la esattissima cucitura di questi insieme col rivestimento del moncone di legatura e il drenaggio sotto la cucitura sierosa per la via vaginale fino all'esterno. L'operazione ideale è però generalmente la estirpazione totale dell'utero per mezzo della laparotomia.

Dott. R. Polacco.

KIRI. — **Fisiologia e patologia della motilità degli organi del bacino.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 2, 1894.

Importantissimo studio anatomo-fisiologico e neuro-patologico dal quale risulta che molti disturbi funzionali ed anatomici della motilità sono da riferirsi a diretta od indiretta alterazione del sistema nervoso.

Dott. R. Polacco.

VULLIET. — **Sulla dilatazione e sul restringimento del collo dell'utero per via plastica.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 3, 1894.

In questa comunicazione si trova la descrizione di una operazione plastica destinata a dilatare il lume del canale cervicale.

Dott. R. Polacco.

BORYSSOWICZ. — **Sulla dilatazione permanente dell'orificio uterino mediante la legatura.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 3, 1894.

Il processo consiste principalmente in un distacco di un pezzo della porzio a destra ed a sinistra dalla parte del canale cervicale.

Dott. R. Polacco.

GOENNER. — **Un caso di autoprovocazione di aborto.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 3, 1894.

Fu effettuato mediante un catetere elastico munito di stiletto (puntura delle membrane). Lieve peritonite. Il catetere lasciato in posto, fu espulso spontaneamente (dal retto?).

Dott. R. Polacco.

PFANNENSTIEL. — **Del pericolo della iniezione endouterina di glicerina usata per la provocazione del parto prematuro artificiale.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 4, 1894.

L' A. in seguito a due casi, conclude in modo definitivo contrariamente al metodo. Non conduce ad effetto migliore degli altri e dà luogo a non indifferenti sintomi di intossicazione glicerinica (febbre, stupore, emoglobinuria, cilindri).

V. anche MUELLER: *Münch. Med. Voch.*, N. 4, 1894.

Dott. L. POLACCO.

THELEN. — **Contributo alla estirpazione vaginale dell' utero.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 4, 1894.

L'A. dà un nuovo metodo che consiste nella uni o bilaterale spaccatura trasversale della vulva, del retto e della vagina.

Dott. R. POLACCO.

SIPPEL. — **Innesto del carcinoma su parti sane del corpo della ammalata.** — *Centralbl. f. Gyn.*, N. 4, 1894.

Comunicazione di un caso di infezione per contatto della vagina ad opera di un carcinoma della portio, e di un secondo di recidiva di carcinoma nei fori di sutura della pelle del ventre, dopo l'estirpazione di un tumore ovarico.

Dott. R. POLACCO.

Prof. Luigi Mangiagalli, ***Direttore responsabile.***

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Ottobre 1894. Num. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO
diretto dal Prof. F. La Torre

Un caso d'amenorrea da superinvoluzione uterina post-partum in utero doppio didelfo GUARITO COLLA ELETTRICITÀ INTRAUTERINA

PEL
Dott. MARIO SCHIAVONI

Teresa N., di anni 21, nativa di Cesena, di condizione lavandaia, entra nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico La Torre, il giorno 2 maggio 1894.

Storia clinica.

Anamnesi. — Circa l'anamnesi remota noi non rileviamo nulla degno di nota. L'inferma ha i genitori viventi ed in ottima salute, e così pure tre fratelli ed una sorellina. Si mestruò a 14 anni, e da quell'epoca le mestruazioni non furono mai regolari; esse ricorrevano ogni tre o quattro mesi, e quando comparivano erano scarsissime e duravano circa 10 giorni. Nel mese di maggio dello scorso anno ebbe una mestruazione preceduta da forte *molimen* mestruale, e prima che il flusso mestruo di questa ricorrenza fosse cessato, ebbe rapporti sessuali col suo amante. Qualche tempo dopo si accorse che dagli organi genitali fuoriusciva una secrezione bianco-giallastra. Tale secrezione andò continuando in prosieguo, le fattezze corporee cominciarono ad aumentare. L'inferma ebbe vomiti, avversione al vino ed ai cibi e sospettò una gravidanza. Nell'ottobre notò che gli arti inferiori erano tumefatti; in seguito tutto il rimanente del corpo fu invaso da gonfiori. Nel giorno 1 novembre, vale a dire sei mesi dopo l'ultima apparizione delle regole, ebbe un aborto di sesso femminino, aborto che l'inferma attribuisce ai dispiaceri che in quel

tempo dovette sopportare. Dopo l'aborto non vi fu altra complicanza, solo le perdite bianche continuarono con maggiore intensità. La mestruazione intanto non ricomparve. In questi ultimi mesi l'inferma ebbe forti dolori nel basso ventre, ai reni e alle radici delle coscie; ebbe vertigini, ronzii alle orecchie, per cui desiderosa di guarire ripara nel detto Istituto.

Esame generale. — La donna è di costituzione generale buona, sistema scheletrico regolare, masse muscolari e panicolo adiposo bene sviluppati; carnagione bruna, volto colorito, mucose visibili rosse coralline, capelli ed occhi di color castagno. Nel margine corneale destro dell'occhio destro si nota un piccolo pterigio. Gli organi toracici e addominali sono normali; niuna traccia di sifilide nè pregressa, nè in atto. Le glandole mammarie hanno il capezzolo poco sporgente, l'areola da multipara, cosparsa qua e là da qualche corpuscolo del Montgomery, modificato per la pregressa gravidanza. L'addome, regolare nella sua forma, non presenta le caratteristiche *striæ gravidarum.* Il bacino è normale e i suoi diametri esterni sono.

Antero-posteriore di Baudelocque	centim.	20
Bispinoso	"	25
Bisiliaco	"	28,5
Bitrocanterico	"	31.

Esame obbiettivo. — Messa la donna in posizione ginecologica, all'esame dei genitali notiamo:

Ispezione. — Il monte di Venere ben provvisto di peli, le grandi e le piccole labbra non molto sviluppate; pochissimo sviluppata la clitoride. Tutta la vulva presenta una conformazione regolare. Il cercine imeneale è distrutto e sostituito invece da un ammasso di numerose caruncole, le quali si estroflettono in fuori dell'orificio vaginale e, raccogliendosi tra loro e decorrendo dalla forchetta posteriore in avanti, nascondono tutto il terzo medio dell'apertura vaginale. In questo modo tale apertura resta trasformata in una specie di cresta, costituita dalle dette caruncole, la quale forma due fossette laterali. Divaricando un pochino tra loro dette fossette, la suddetta cresta si rende molto più evidente e sporgente, e apparisce allora come un sepimento che divide l'orificio vaginale in due metà, l'una destra e l'altra sinistra. Aumentando colle dita il divaricamento della vulva in senso trasverso, si trova che il setto, che attraversa d'avanti in dietro l'orificio vaginale, non è continuo, ma interrotto nel centro dell'apertura vaginale, per cui in questo momento si vede chiaramente che esso viene ad essere costituito da due creste situate: la prima nella parete posteriore, la seconda nell'anteriore

della vagina, e ciascuna di esse lungo la direzione del piano mediano dell'organo stesso.

Applicando una valva di Sims sulla parete posteriore della vagina, si scopre che la parete anteriore è attraversata da una cresta, la quale, dipartitasi dal bordo dell'orifizio vaginale, percorre tutta la parete anteriore, e si va perdere nel fornice corrispondente. Lo stesso si osserva sulla parete posteriore allorchè, applicando una valva sull'anteriore e divaricando la vagina, si mette allo scoperto la parete posteriore. Anche questa è percorsa lungo la sua linea mediana da un'altra cresta. Dette creste hanno un'altezza media di 2 centim., nella parete posteriore, e di 1 centim., nell'anteriore; una base di circa 1 centimetro. I loro apici non sono rettilinei, ma irregolarmente ondulati; le creste sono tappezzate da mucosa vaginale cosparsa qua e là da rughe e sporgenze irregolari. Le due creste si toccano tra loro pei loro apici, anzi per buona porzione della loro lunghezza si sovrappongono e si accavallano tra loro.

Applicando contemporaneamente due valve nella vagina, notiamo che le creste suaccennate, giunte nei fornici, diminuiscono in altezza, la quale si riduce a mezzo centim. circa, e perdono tutte le rughe caratteristiche della mucosa vaginale. Lo spessore loro si riduce a 4 o 5 mm. circa.

La porzione vaginale dell'utero apparisce costituita da due eminenze, ciascuna di 1 centim. di diametro, provviste ciascuna di un orificio. Queste hanno la forma di due capezzoli mammarii, e di esse quella di destra sporge dai fornici per circa mezzo centim., quella di sinistra per poco più di 1 centim.; la prima ha figura più appiattita, la seconda più rotondeggiante. Questa presenta, un orificio circolare e piccolo come un seme di canape; quella invece è attraversata trasversalmente da un orificio di figura irregolarmente lineare, con margini alquanto divaricati tra loro, tappezzati da mucosa di color rosso vivo.

Lo spazio che separa le dette eminenze può calcolarsi di poco più di 1 centim., e detto spazio è attraversato dall'avanti all'indietro da un setto dalle apparenze di un tessuto cicatriziale, il quale si prolunga in avanti e indietro colle creste già notate, e si solleva dal tessuto uterino per circa 3 o 4 mm.

Esplorazione vaginale. — L'orificio vaginale, introducendo il dito esploratore, si sente alquanto ristretto, il cercine vaginale è potente ed integro. La vagina fa sentire al dito, che esplora, la presenza di due pliche che decorrono dall'orifizio vaginale in alto verso l'utero. Esse costituiscono le due creste già notate all'ispezione e si mostrano tappezzate da mucosa vaginale rugosa, di apparenze identiche a quelle della rimanente mucosa vaginale. La consistenza di tali creste è molle, elastica. Seguitando ad introdurre il dito esploratore, arriviamo sui fornici e per-

cepiamo che di questi l'anteriore ed il posteriore sono attraversati davanti indietro e nel loro mezzo da due setti, di consistenza duro-elastica, i quali in basso si continuano con le due creste. Il muso di tinca non costituisce una sporgenza conica a superficie liscia, ma invece è appiattito ed ha superficie tubercolare. Infatti si percepiscono chiaramente due eminenze, una destra ed una sinistra; la prima è meno sviluppata e di consistenza duro-elastica, ha nel suo centro un orificio di forma oblunga e di direzione trasversale; la seconda invece è più sporgente, di consistenza più molle e provvista pure, nella parte sua più prominente, di un orificio che si presenta a forma di un piccolo incavo rotondo. Le due eminenze suddescritte sono separate tra loro da un piccolo setto, di consistenza duro-fibrosa, che decorre davanti indietro e si prolunga in basso con le creste già descritte.

Palpazione combinata. — Alla palpazione combinata si percepisce che il fondo uterino si solleva poco al disopra delle branche orizzontali del pube. Dal fornice anteriore si constata la presenza dell'utero, laddove dal posteriore non la si percepisce. L'utero quindi trovasi in antiflessione fisiologica. Nel fornice laterale sinistro si percepisce l'ovaio corrispondente piuttosto piccolo e della grandezza di una noce avellana; nel destro si sente invece l'ovaio un po' più ingrossato del precedente. Ambedue le ovaie sono leggermente dolenti alla palpazione e spostabili.

Riscontro rettale. — Il dito introdotto nell'orificio anale non ha raggiunto nè il fondo nè il corpo uterino.

Isterometria. — Introdotta una sonda nell'orificio di destra, questa è penetrata per 6 cent. e mezzo, e nello stesso tempo ha deviato leggermente in avanti e all'esterno, in modo che la sua punta si è diretta verso l'eminenza ileo-pettinea destra. Introducendo la sonda nell'orificio di sinistra, s'incontra qualche difficoltà che resta facilmente superata aumentando la curvatura della sonda. Questa penetra per 7 centim. e mezzo circa, e devia all'esterno e all'indietro, per cui la sua punta da questo lato va a guardare la sinfisi sacro-iliaca. Praticando l'esplorazione combinata con una sonda nell'utero e con una mano sull'addome, percepiamo dall'addome la punta della sonda, successivamente per ciascun orificio, allorchè spostiamo il suo manico alquanto indietro verso la parete posteriore della vagina.

Introducendo contemporaneamente due sonde, una per ogni orificio, ci accorgiamo che esse decorrono separate tra loro divergendo nelle punte, e che tutti i tentativi fatti per farle toccare tra loro, riescono negativi. Esse subiscono nelle loro punte una deviazione di 5 centim. circa, e queste infatti appariscono alla mano, che palpa la parete addominale, distanti tra loro circa 2 dita trasverse.

Estratte le sonde, s' introduce nell' orificio destro una siringa elastica di 2 mm. di diametro con orificio terminale, ed iniettando, attraverso questa, del liquido nella cavità uterina, dopo poco, misto a quelle poche bolle d'aria, che occupava l' interno della sonda prima del passaggio della corrente liquida, lo vediamo rifluire per lo stesso orificio e all' intorno della siringa. Ripetuta tale manovra per l'orificio sinistro, si vide anche dal medesimo rifluire l' acqua iniettata, mista a poche bolle d'aria.

Introducendo due sonde metalliche, una per ogni orificio, e tentando praticare la palpazione della parete posteriore del corpo uterino dalla via rettale, non si ha un risultato positivo sia per l' altezza dell' utero e cortezza relativa del dito esploratore, sia pel dolore che tale manovra suscita nella donna.

Introdotto un catetere metallico nell' uretra, l' attraversa facilmente e penetra in vescica senza ostacolo di sorta e senza far percepire sulle pareti vescicali alcunchè di anormale.

* * *

Dalla storia clinica riferita risulta chiaramente che ci troviamo davanti ad un caso che presenta delle anomalie degli organi genitali, le quali vanno studiate dal punto di vista dello *sviluppo anatomico* e da quello *funzionale.*

Alterazioni nello sviluppo anatomico.

Cominciando dall'orificio vaginale, si vede che questo in luogo di presentarsi trasversalmente elittico, come normalmente, si presenta invece sotto forma di un otto in cifre trasversalmente situato.

L'esame collo *speculum,* la palpazione vaginale, dimostrano la presenza di un sepimento non completo, che divide il canale vaginale in due semicanali. Questi sono addossati tra loro per le loro pareti interne, le quali lungo la linea mediana sono deficienti; e fanno in modo che i due semicanali comunichino tra loro. La vagina risulta *semipartita.*

L'esame obbiettivo praticato sull' utero tende a dimostrare che ci troviamo in presenza di un organo avente due cavità, due canali cervicali e due colli con due orifizii uterini. Sulla configurazione del fondo e del corpo dell'utero nulla si può dire, non potendosi percepirlo chiaramente nell'esplorazione combinata.

Non così rispetto alla dimensione dell' utero e alla sua direzione, perchè a questo proposito siamo sicuri di avere a fare con un utero di volume alquanto inferiore al normale e in situazione fisiologica (anti-flessione).

Sorge ora il quesito: sono le due cavità comunicanti o indipendenti tra loro?

Si può ammettere senza dubbio di sorta l' indipendenza delle due cavità; queste non comunicano tra loro perchè:

primieramente riuscirono negative le manovre di sondaggio, praticate allo scopo di riconoscere la direzione delle cavità, di vedere se dall'una era possibile penetrare nell'altra, di sentire se con una sonda si poteva toccare l'altra;

in secodo luogo perchè il liquido iniettato in una cavità, per mezzo di una siringa, fu veduto rifluire dallo stesso orificio insieme coll' aria che, spinta dal liquido che s' iniettava, dalla siringa era penetrato in cavità.

E se pur si volesse togliere ogni valore alle prove di sondaggio fatte, e ciò per averle espletate con strumenti rigidi e come tali non adattantisi alla forma delle cavità in esame, non rimane, per sostenere il mio asserto, che far notare che anche ammessa tra le cavità una piccolissima comunicazione, questa avrebbe dovuto dar passaggio non solo al liquido, ma a più forte ragione all'aria che riempiva il vuoto della siringa. Ma questo non avvenne, dunque le due cavità sono tra loro indipendenti.

L'esperimento poi del riflusso dell'aria e del liquido, che dimostra tanto evidentemente l'esistenza di due cavità nel corpo dell'utero, dimostra anche la presenza di due canali cervicali indipendenti tra loro e non comunicanti. Infatti data una comunicazione tra le due porzioni cervicali dell'utero, l'acqua, iniettata, e l' aria, spinta in una cavità uterina, da quale orificio avrebbe dovuto rifluire più facilmente, da quello libero o da quello occupato dalla siringa? Evidentemente dal libero, tanto più che questo è permeabile alle ordinarie sonde uterine metalliche, e che perciò non può indurre ostacolo di sorta alla fuoriuscita dell'aria o di un liquido.

Dunque l'aver visto rifluire l'aria e l'acqua dallo stesso orificio di

entrata, dimostra che come esistono due cavità uterine, così esistono anche due canali cervicali distinti e indipendenti tra loro.

Sorge ora il quesito: Ci troviamo avanti ad un utero *bipartitus* o ad un utero *didelphus*, vale a dire ad un organo solo avente due cavità distinte tra loro da un sepimento, oppure a due organi distinti l'uno dall'altro?

Una diagnosi esatta è possibile solo quando è coadiuvata dal reperto anatomico, però nel nostro caso considerando:

1.° che i colli uterini sono distanti tra loro più di un centimetro;

2.° che il tessuto che separa i colli è duro-fibroso e resistente, mentre quello uterino è duro-elastico e meno resistente;

3.° che le direzioni dei canali cervicali e delle cavità uterine sono divergenti e tra loro opposte;

4.° che le manovre di sondaggio (fatte per sentire una sonda coll'altra sia mediatamente che immediatamente) riuscirono negative, mentre sarebbero state positive in caso di semplice sepimentazione,

siamo autorizzati a credere che noi abbiamo a fare con due uteri distinti tra loro.

Nel nostro caso il tipo di anomalia, cui tali organi genitali potrebbero ascriversi, sarebbe quello di *uterus didephus* e *vagina semipartita*.

Queste anomalie, che rimontano al periodo embrionale, non sono rare a verificarsi. L'apparecchio genitale interno della donna si sviluppa a spese dei condotti del Müller, i quali restano divisi nelle loro porzioni superiori, formando le trombe di Falloppio, e si fondono invece nelle loro porzioni inferiori per costituire l'utero e la vagina. Quando tale sviluppo embrionale resta interrotto, avvengono delle deformità diverse, le quali sono più importanti a conoscersi dal lato teratologico, anzichè dal chirurgico. Io quindi non credo opportuno qui l'enumerarle, sia perchè esse sono benissimo studiate in tutti i trattati generali e speciali di chirurgia, ginecologica ed ostetrica, sia perchè splendidamente riassunte dal prof. Curatulo in una sua memoria a proposito di una gravidanza in un utero doppio.

Mi accontenterò solamente di dire che nel nostro caso si è verificato che, nelle porzioni inferiori dei condotti del Müller, l'adesione è avvenuta, ma l'atrofia non ha invaso entrambe le pareti interne, in modo

da formare un sol lume vaginale. Perciò noi abbiamo che la vagina si mostra incompletamente sepimentata.

Non così per le porzioni mediane dei tubi del Müller, le quali costituiscono l'utero. Queste porzioni nelle loro pareti mediane non si riunirono, per cui andarono a costituire due organi separati tra loro.

Senza volerci più ampiamente distendere sull'anomalia di sviluppo osservata, perchè questa dal punto di vista anatomico non presenta nulla di nuovo, ma interessa solo come un novello caso da aggiungere alla casuistica delle deformità dell'apparecchio genitale muliebre, credo più opportuno passare al secondo punto del mio studio, vale a dire a quello della *funzione* che nel nostro caso va studiata rispetto alla *mestruazione, concepimento*, *gravidanza* e *disturbi mestruali postumi al parto.*

Mestruazione.

Come già si ebbe occasione di dire, la mestruazione prima della gravidanza era irregolarissima, era scarsa, per quantità, lunga, per durata (8-10 giorno), irregolare pel suo ciclo (3 o 4 mesi).

Questa singolarità nel flusso mestruo è in rapporto coll'anomalia di sviluppo da noi studiata?

A tale domanda non si può rispondere con rigore di termini, non avendosi ancora in proposito studii sufficienti. Stando però alle teorie di alcuni moderni sulla funzione mestrua, le quali negano ogni relazione tra ovulazione e mestruazione ed ammettono la possibilità della mestruazione anche quando manca l'ovoluzione (Beigel, Girandet de Tours, Lawson Tait), noi potremmo credere che l'irregolarità dei tributi mensili nel nostro caso era probabilmente dipendente dall'irregolare struttura anatomica dell'utero.

Se poi per contrario noi consideriamo la funzione mestrua secondo l'antica teoria classica, confermata da molti autori, quali il Leopold, il Veit, il Cuzzi, e che ammette relazione tra ovulazione e mestruazione, stabilendo questa dipendenza di quella (nonostante vi sia ancora qualche punto oscuro come quello della gravidanza durante l'allattamento), noi dovremmo concludere che nel nostro caso l'anomalia dell'utero non avrebbe potuto indurre alcun' influenza sulla mestruaziene, e che la causa degl' irregolari tributi mensili si dovrebbe ricercare piuttosto in

qualche disturbo genitale, come succede in molte donne che, con organi genitali ben conformati, sono nei primi anni della funzione irregolarmente mestruata.

Concepimento.

La donna subito dopo i primi rapporti sessuali rimase incinta e poi in seguito partorì. Tale asserzione della nostra inferma resta perfettamente comprovata dai segni fisici postumi al parto, cioè: forma dell'orificio destro rispetto al sinistro.

Consistenza del collo destro rispetto al sinistro.

Stato attuale delle mammelle (areola e corpuscoli del Montgomery).

Dunque l'utero del nostro caso sebbene anomalo, pure è stato capace di concepire, e il concepimento avvenne nell'utero destro.

In generale la sepimentazione della vagina e le anomalie congenite di sviluppo dell'utero (utero unicorne, bicorne ecc.) sono frequenti cagione di sterilità (1), siccome cause meccaniche capaci di apportare ostacolo al cammino e alla penetrazione degli spermatozoi nell'utero. Stando infatti alle statistiche, riportate dai diversi autori, noi avremmo:

secondo Grünewaldt sopra 490 casi di sterilità, 147 dovuti ad anomalie diverse degli organi genitali;

secondo Kolp e Jaquet sopra 28 casi di sterilità (in donne che non hanno partorito mai), 2 dovute ad incompleto sviluppo uterino;

secondo Mayer sopra 202 casi di sterilità, 14 per alterazioni nella forma dell'utero;

secondo Beigel sopra 125 casi di sterilità, 17 per alterazione nella forma dell'utero.

Facendo ora una media tra queste medie, sopra 845 casi di sterilità se ne avrebbe 180, dovuti a deformazioni uterine, vale a dire che queste starebbero in rapporto del 21. 4 0[0 dei casi osservati.

Nel nostro caso invece si ebbe sollecito il concepimento dopo i primi rapporti sessuali, ed io credo che ciò avvenne per più ragioni:

1.° perchè la via alla penetrazione degli spermatozoi è doppia, pei due uteri che esistono;

---

(1) Charpentier. Vol. I, pag. 109 (2.ª ediz., 1890).

2.° perchè il sepimento vaginale chiude del tutto la vagina e impedisce il riflusso dello sperma;

3.° perchè i due colli dell'utero formano insieme una porzione vaginale dell'utero che non è conica come normalmente, ma appiattita e tale da offrire una larga superficie alle eiaculazioni spermatiche, le quali, senza punto arrestarsi sulle pareti vaginali circostanti, dirigendosi contro i colli uterini, andrebbero a colpirne gli orifici non solo col massimo della loro forza, ma anche direttamente.

Gravidanza.

Avvenuta la fecondazione, l'evoluzione della gravidanza ebbe decorso normale pel tempo che durò. Nei primi tempi i soli fenomeni riflessi: nausee, vomiti, avversione al vino e a taluni cibi. A carico dell'apparecchio genitale: soppressione della mestruazione, perdite bianche, aumento del volume dell'utero; modificazioni a carico delle mammelle.

Dal 5.° al 6.° mese la gravidanza, decorsa sempre normalmente, s'interrompe con un parto non a termine.

Tale interruzione della gravidanza è in rapporto coll'anomalia studiata?

Non si sa ancora bene se nell'utero doppio sia l'interruzione della gravidanza più frequente che nell'utero normale. A questo proposito lo Charpentier sopra 86 gravidanze in utero didelfo ci dà le seguenti cifre:

Parti a termine	36
Parti prematuri	24
Aborti	20

vale a dire si avrebbe una percentuale di aborti del 23. 2 0[0, e di parti prematuri del 27. 9 0[0.

Le osservazioni dei diversi autori (Harris, Ross, Baer, Nebykow, Borinsky, Lukowicz, Muller, Meyer, Gros) ci darebbero sopra 54 gravidanze in utero didelfo:

Parti prematuri	3
Aborti	7

vale a dire che in complesso i parti, espletatisi prima del termine fisiologico, starebbero in rapporto quasi del 18. 5 0[0.

Come si vede, in questi casi di anomalia di struttura dell'utero, la gravidanza non decorre in generale molto normale e il nostro caso non esce dalla regola generale.

Considerando poi che nella nostra donna i due uteri, complessivamente presi, costituiscono un organo per volume alquanto inferiore al normale, si deve ammettere senza dubbio che ciascuno di essi, preso isolatamente, rappresenti un organo piccolo e infantile, e come tale non suscettibile durante la gestazione di un aumento di volume e di una distensione nei suoi elementi muscolari, corrispondente al grado cui un utero normale potrebbe arrivare. Quindi è probabilissimo che nel nostro caso si sia verificata l' interruzione della gravidanza per il solo fatto del diminuito potere di distendibilità dell' utero. A parer mio però questo fatto non è l'unico imputabile come momento etiologico del parto espletatosi prima del tempo, ma è un fatto concomitante con altri, che se non dipendono dal padre, il quale giovane e robusto ebbe colla nostra donna pochi rapporti sessuali pel corto periodo di due mesi dopo il coito fecondante, dipendono invece dalla madre. Questa ebbe, siccome ci racconta, grandi patemi morali che si possono sintetizzare nel triste ricordo del fallo commesso e nel disonore in cui conseguentemente si trovò. E quantunque la nostra donna sia d'indole flemmatica e di temperamento poco sensibile, pure ritengo che tali patemi d' animo abbiano potuto costituire una causa determinante dell'aborto. E a tutto questo aggiungasi che la disgraziata giovane, pel suo mestiere di lavandaia, era costretta da mattina a sera a lavare in luoghi umidi, a sostenere eccessi di fatiche corporee, e per le condizioni sue speciali rispetto alla famiglia, che ignorava il suo stato, non poteva a meno di usare indumenti stretti, allo scopo di occultare agli occhi dei genitori, dei fratelli, il volume del ventre, che indicava il marchio dell'infamia.

Possiamo dunque concludere che l'interruzione della gravidanza ha potuto dipendere dall' anomalia uterina, ma che giustamente però deve considerarsi come un fatto complesso, che può riconoscere come causa predisponente la detta deformità, come causa determinante le fatiche muscolari, vestimenti troppo stretti, i patemi d'animo.

Disturbi mestruali postumi al parto.

La donna, come sapemmo dall' anamnesi raccontataci, ebbe le mestruazioni nel mese di maggio dell'anno scorso, rimase incinta, abortì il 1.° novembre, e da quest'epoca sino ad oggi non vide più ritornare i suoi catameni. A questo dato obbiettivo si aggiungano quelli subbiettivi, che l'inferma ci accusa, e che sono: senso di pienezza, ronzii agli orecchi, dolori lombari irradiantisi alle radici delle cosce; e noi potremo così con esattezza stabilire la diagnosi di *amenorrea.*

Circa le cause dell'amenorrea noi sappiamo che esse sono varie e numerose; e il prof. Felice La Torre, nella sua comunicazione fatta nell' ultimo Congresso medico tenuto in Roma, le riussume tutte con grande accuratezza.

Egli perciò distingue un' amenorrea *essenziale* da una *transitoria,* e mentre per questa, egli dice, le cognizioni nostre etiologiche sono ancora oscure, per quella invece sono bene studiate e possono perciò qui enumerarsi:

Amenorrea per
- cessazione fisiologica (età avanzata),
- puerperio (per la fecondazione e allattamento),
- ritardo nella pubertà,
- obliterazione congenita del canale utero-vaginale,
- atrofia uterina,
- estirpazione dell' utero e della ovaia,
- semplice estirpazione delle trombe (Lawson Tait),
- profondi raschiamenti e cauterizzazioni della cavità uterina,
- eccessiva involuzione uterina *post-partum,*
- malattie costituzionali (cloroanemia-tubercolosi),
- malattie acute,
- malattie locali degli organi genitali (metrite e ovarite cronica).

Da quale di queste cause dipende l'amenorrea nel nostro caso?

Eliminate tutte quelle che, sebbene per sè capaci di apportarla, pure nel caso nostro sono assolutamente estranee, non ci rimane che

ammettere che si tratti di *amenorrea da superinvoluzione uterina post-partum*, e ciò perchè:

1.° noi troviamo un utero che sebbene misuri a destra cm. 7 $^1/_2$ e a sinistra 6 $^1/_2$, pure alla palpazione combinata risultò nel complesso di volume inferiore al normale, perchè discretamente lungo e stretto, e, come tale, rappresentante piuttosto un canale anzichè una cavità;

2.° la consistenza di quest'organo è meno elastica e più dura del normale;

3.° a questi dati fisici si associano anche quelli subbiettivi proprî dell'amenorrea, i quali si manifestano con senso di ronzio alle orecchie, di vertigini, di pienezza pletorica, con dolori sacro-lombari, sofferenze tutte che la donna ha e ce le riferisce.

* * *

Stabilita così la diagnosi di amenorrea da superinvoluzione uterina *post-partum*, e reclamando anche la donna dal canto suo una cura per veder nuovamente apparire la sua funzione mestrua, la cui perdita molto l'impressionava, feci tesoro di quello che diverse volte io avevo appreso dal mio maestro prof. Felice La Torre (nell'Ambulatorio del suo Istituto Ostetrico-Ginecologico), a proposito della terapia dell'amenorrea con la elettricità intrauterina a corrente continua, e, dietro suo consiglio, mi decisi a praticare nel nostro caso la cura elettrica.

Il prof. La Torre fu tanto gentile ed affettuoso con me, che non solo ricoverò nel suo Istituto la donna a solo titolo di farmela studiare, ma mise pure a mia disposizione tutti gli apparecchi per la corrente elettrica. Ed io, approfittando di tali premure, intrapresi l'elettroterapia uterina.

Sarò un po' minuzioso nella diaria, poichè essendo i primi casi in Italia quelli del prof. La Torre e il mio, mi pare utile che siano bene descritti.

Sull'addome della donna io applicavo il reoforo positivo munito del solito cuscino di creta, secondo il metodo Apostoli. Nell'utero introduceva il reoforo negativo, costituito da una sonda uterina di platino. In detta corrente veniva intercalato un galvanometro.

Le elettrizzazioni uterine erano precedute da abbondanti lavande

disinfettanti della vagina. Ciascuna seduta durava da cinque a sei minuti; l'intensità era di 50-60 milliampères. Le sedute in tutto furono 9, e furono benissimo sopportate dalla donna. L'elettricità fu portata ora nella cavità uterina destra, ora nella sinistra; e finita la seduta si faceva una lavanda antisettica e veniva applicato in vagina un tampone all'ittiolo.

I risultati ottenuti con detto procedimento furono i seguenti:

Giorno 5 maggio. Prima seduta elettrica (utero destro).

Giorno 6 e 7. Si notano discrete perdite bianche.

Giorno 8. Seconda seduta elettrica (utero sinistro).

Giorno 9. Aumento nelle perdite bianche.

Giorno 10. Terza seduta elettrica (utero destro).

Giorno 11. Si estrae il tampone intinto di qualche goccia di sangue.

Giorno 12. Quarta seduta elettrica (utero sinistro). — Nelle ore pomeridiane dopo la seduta, la donna ebbe dolori nelle regioni ovariche.

Giorno 13. Continuano i dolori; le perdite bianche sono aumentate.

Giorno 14. La mattina si hanno perdite bianche in discreta quantità, nel pomeriggio si nota un leggero gemizio sanguigno. Collo speculum si trova che tale gemizio proviene da entrambi gli orifizi uterini.

Giorno 15. Nelle ore antimeridiane la donna ebbe forti dolori nelle regioni ovariche e sacro-lombari, tanto da essere costretta a mettersi a letto. Verso le 9 di mattina incomincia un forte gemizio di sangue, dopo di che i dolori cessano. Dalle 9 a mezzogiorno la quantità di sangue emesso fu tale da sporcare un panno. Verso mezzogiorno si pratica la quinta seduta elettrica (utero sinistro). Durante la seduta il sangue sgocciolava tra la sonda e la guaina isolatrice di ebanite.

Giorno 16. Sono cessati i dolori, è diminuito il gemizio sanguigno.

Giorno 17. Pochi dolori. Emissione di poco sangue misto a mucchi di colorito giallastro. Sesta seduta elettrica (utero sinistro). Verso sera si ha un'altra emissione di sangue, e questa collo speculum si vede derivare tanto dal destro quanto dall'orifizio sinistro.

Giorno 18. Mancano i dolori, scarsissimo il gemizio sanguigno, che pur tuttavia deriva da ciascun orifizio.

Giorno 19. Settima seduta elettrica (utero sinistro). Dopo la seduta leggiero gemizio sanguigno. Scarsi dolori.

Giorno 20. Gli orifizi uterini sono appena intinti di sangue.

Giorno 21. Mancano i dolori, non si ha traccia di sangue.

Giorno 22. Ottava seduta elettrica (utero sinistro). Discreti dolori, niuna traccia di sangue.

Giorno 23. Non si hanno nè dolori, nè gemizio sanguigno.

Giorno 24. Nona seduta elettrica (utero sinistro). Non si hanno nè dolori nè gemizio sanguigno.

Giorno 25, 26 e 27. Cessano i dolori; si hanno discrete perdite bianche.

* * *

Dal fin qui detto risulta chiaramente che, dopo la 4.ª seduta elettrica, dal giorno 14 a tutto il 18 noi abbiamo un periodo di rilevanti perdite sanguigne, le quali raggiunsero il massimo nel giorno 15, e poscia andarono scemando essendo sempre accompagnate, tanto nel loro aumento quanto nella loro diminuzione, da miglioramento dei dolori ovarici e lombo-sacrali, e dei disturbi generali della donna.

Dal giorno 18 in poi la secrezione sanguigna già molto ridotta, non venne più spontaneamente prima della corrente, come nel periodo dianzi accennato, ma fu sempre postuma alle sedute elettriche e quindi ritengo che fu probabilmente provocata da qualche leggiera escoriazione prodotta dalla sonda uterina, o meglio dalle contrazioni uterine prodotte dalla corrente elettrica. Io perciò credo che il periodo di perdita di sangue, che va dal 14 al 18, rappresenti una scarsa ma vera mestruazione e non una semplice perdita di sangue, e ciò perchè:

1.° come risulta dalla diaria, la fuoriuscita del sangue fu spontanea e anteriore alla seduta, e perciò non riferibile al sondaggio;

2.° fu inoltre molto abbondante rispetto alle perdite sanguigne verificatesi irregolarmente prima del giorno 14;

3.° e perchè tutto il quadro fenomelogico di tale periodo mestruale corrisponderebbe a quelli studiati nelle altre donne amenorroiche sia dal La Torre, sia dal Nitot, come dal Labbé.

Dunque l'anomalia di sviluppo dell'utero non ha ostacolato in nulla gli ottimi effetti dell'elettricità intrauterina, la quale pure nel nostro caso ha congestionato fortemente la mucosa uterina, e ha dato luogo al ritorno delle regole mensili dopo 6 mesi di amenorrea completa *post-partum*.

Sarebbe stato indispensabile studiare se, in seguito a tale terapia elettrica, nel susseguente mese sarebbe ritornato o pur no il flusso mestruo, e in caso di ritorno come sarebbe avvenuto e per quanto tempo sarebbe durato.

La donna però per motivi di famiglia fu costretta con suo dispiacere a lasciare l'Istituto e ritornare al suo paese, ma promise di tenermi informato di quanto sarebbe passato in lei dal punto di vista mestruazione. Infatti nel giorno 19 giugno, ricevo una lettera dell'ammalata con la quale mi avvisa che nella prima quindicina del mese aveva visto ricomparire, preceduti da dolori ovarici e uterini, i suoi tributi mensili i quali erano durati 10 giorni, erano stati abbondanti per quantità sino a sporcare 12 panni.

Alcuni giorni fa ricevo un'altra sua lettera nella quale mi dice che dall'ultima epoca mestruale era stata sempre in ottima salute, ma che però nel momento in cui scriveva (giorno 13 luglio), avvertiva i soliti dolori che l'altra volta avevano preceduto la mestruazione.

Nel giorno 21 luglio ricevo altra lettera in cui leggo che i dolori erano cessati all'improvviso non appena comparsa la mestruazione. Questa era abbondante e regolare, e tuttora in atto nel momento in cui mi si scriveva.

Come si vede dunque la vera funzione mestrua si è ripristinata non solo, ma si è pure regolarizzata. Prima della gravidanza essa ricorreva ogni 3 o 4 mesi; ora ricorre normalmente ogni mese e nelle stesse epoche. Si può concludere dicendo che nel nostro caso l'elettroterapia uterina diede un brillante risultato non solo prossimo (durante il periodo di elettrizzazione), ma anche remoto.

Dott. LEONARDO GIGLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
20 NOV 94
LIBRARY

TAGLIO LATERALIZZATO DEL PUBE

SUOI VANTAGGI — SUA TECNICA

Cercando di render più semplice e più sicuro l'atto operativo della sinfisiotomia, venni a trovare un mezzo per giungere alla sezione delle ossa del pube, ed in generale di qualunque altro osso dello scheletro, così elementare, che quando il signor Härtel di Breslavia, uno dei più noti ed intelligenti fabbricanti d'istrumenti chirurgici di Germania, mi fece intravedere, fino dai primi tentativi, che la mia idea era praticamente possibile, rimasi meravigliato che altri non vi avesse pensato prima di me, e che piuttosto si fosse immaginato uno strumento così complicato, così fragile, così costoso come la sega a catena e di quella ci si fosse per tanto tempo contentati.

I fili-sega che presentemente vengono costruiti dal sig. Härtel e che io, come la migliore dimostrazione di quanto scrivo, aggiungo al presente articolo, rappresentano l'ultimo perfezionamento pratico della mia idea, e tali quali sono, rispondono pienamente allo scopo, sostituendo con grandissimo vantaggio la sega a catena in tutti i casi. Hanno una resistenza grandissima, molto superiore a quella della sega a catena, e segano l'osso con una nettezza di taglio meravigliosa.

Ignoro se avrò raggiunto con questo strumento quanto desidererei, rendere cioè alla sinfisiotomia tutta la larghezza delle sue indicazioni, e diffonderla come operazione ostetrica razionale nella pratica. Ho la convinzione però di aver dato alla chirurgia ed alle scienze anatomiche uno strumento prezioso. Questo dico non per deduzioni teoretiche, ma per numerose esperienze fatte da me e da altri sul cadavere e sul vivente.

Questo mio scritto serve di complemento ad una nota inserita nel N. 7 dell'anno decorso in questo giornale, e ad un mio articolo recentemente pubblicato nel *Centralbl. f. Chirurgie,* N. 18.

L'idea di aprire il bacino fuori della linea mediana, non è nuova, si può dire che sorse con la sinfisiotomia, per le difficoltà ed i pericoli che questa operazione presentava e presenta.

Si legge infatti nella bella monografia di Murat, che alcuni proposero fino d'allora di aprire la cintura pelvica non sulla linea mediana, ma su di una linea obliqua ed a quella molto ravvicinata, allo scopo di evitare le lesioni dell'uretra e della vescica, i lunghi tentativi per la ricerca della linea inter-articolare, e per ottenere più facile la saldatura definitiva delle superfici di sezione.

Murat cita fra questi il dott. Champion de Bar le Duc, che però sembra non sia stato, nè il primo nè il solo che abbia proposto questa tecnica operativa.

Ma queste idee, che potevano convenire teoricamente, urtavano con le gravi difficoltà della pratica. La seconda sinfisiotomia, per la ossificazione della sinfisi, aveva costretto il Siebold a ricorrere alla sega, e l'operazione fu lunga, difficile e disastrosa. Nessuno degli strumenti allora conosciuti rispondeva allo scopo, nè la sega ordinaria, nè le seghe coltellinari, nè quella curva e bottonata, che andava sotto il nome del Mohrenheim, ed era naturale, che in mezzo a tante difficoltà tecniche, si preferisse seguire la via più pericolosa, ma che permetteva nella maggioranza dei casi di compiere l'operazione con il coltello ordinario.

Fu nel 1875, che un chirurgo di Edimburgo, l'Aitcken, vinse apparentemente la difficoltà, immaginando uno strumento veramente geniale, strumento che dalla ostetricia passò più tardi sotto il nome di sega a catena di Joffroy nella chirurgia, ove trovò larga applicazione e fu trasmesso fino a noi.

L'Aitcken aveva immaginato anche un altro strumento, fondato sullo stesso principio e col quale si proponeva il taglio della cartilagine pubica. Era un coltello formato di pezzi articolati, come la sega a catena, coltello ormai scomparso da ogni armamentario.

Egli pensava col primo strumento ad un atto operativo, al quale diede il nome di pubiotomia, cercando con questo di resecare un largo

tratto dell'arco anteriore del pube, rispettando il territorio mediano, la regione del clitoride, allo scopo di evitare i pericoli legati alla lesione di quella regione.

Questa operazione divenne italiana per l'opera di un chirurgo napoletano, il Galbiati, il quale sperò per un momento sostituirla al taglio cesareo, operazione in quei tempi tristamente funesta.

Quando si legge le memorie dell'illustre chirurgo napoletano, pensando a quello che doveva essere allora un simile atto operativo, con la sega circolare o con quelle tenaglie dentate, di cui il Galbiati ci dà la descrizione, ci sentiamo compresi da un senso di pietà e di paura. Ma quando si pensi alle condizioni, anche più gravi del taglio cesareo, ai suoi risultati, si capisce quanto fosse giustificato un simile tentativo.

Ed il Galbiati non osò praticarlo sul vivente, senza averlo prima esperimentato sul cadavere, e senza che l'esperimento gli avesse fatto intravedere di quanta utilità sarebbe stata nella ostetricia di quei tempi. È bellissima la sua memoria, là dove parla della pubiotomia fatta sul cadavere di Antonia Lombardi. Il suo bacino, egli dice, non presentava un pollice di spazio, non vi era bisogno di alcuno strumento per misurarlo; la donna morì, non volendo essere operata; il feto era premorto. Fatta la sinfisiotomia, resecate le branche orizzontali dei pubi e le ascendenti dell'ischio, poteva il Cattolica, che esperimentava col Galbiati, praticare, senza grandi difficoltà, il rivolgimento e l'estrazione di un feto al termine.

Ma io non voglio fare qui nè la storia, nè la difesa di questo arditissimo atto operativo, che dimostra il genio e l'ardimento della chirurgia italiana.

Le idee del dott. Champion de Bar le Duc furono più tardi riprese dal prof. Stoltz di Strassburgo.

Ed è questo nome, che io ho imparato ad amare e ad ammirare fino dai miei primi studi di ostetricia, che mi incoraggia a pubblicare ed a sperare, che tutto quanto io qui scrivo, non sia il fantastico sogno di una mente, che cerca per bisogno irrequieto il nuovo qualunque esso sia, ma la traduzione pratica di una idea teoricamente giusta.

Disgraziatamente delle lezioni che il prof. Stoltz deve aver consacrato a questa operazione, non restano che pochi ricordi in alcune pubblicazioni dei suoi allievi. Anzi, per quanto è a mia conoscenza, non

resta che la nota nella bellissima tesi del dott. Lacour sul parto provocato e che io qui riporto traducendola letteralmente:

« Il prof. Stoltz, dice, che l'ultima parola sulla sinfisiotomia non è « ancora detta e che in generale si condanna troppo questa operazione, « a cui egli dà il nome di pubiotomia. Egli descrive da più di 6 anni « nei suoi corsi e dimostra sul cadavere un processo operativo *dei più* « *semplici e dei più facili.*

« Questo processo consiste nel dividere uno dei pubi vicino alla « sinfisi per mezzo della sega a catena, senza incidere la pelle. Per far « questo si pratica una piccola bottoniera al monte di Venere (dopo « averlo rasato) al punto corrispondente della cresta pubica a destra o « a sinistra della sinfisi.

« Per questa bottoniera s'introduce un ago lungo, leggermente in- « curvato, al quale è fissata la sega a catena. Si fa scivolare quest'ago « lungo la faccia posteriore del pube, rasentando l'osso e se ne fa riu- « scire la punta a fianco del clitoride per la branca discendente del « pube ed il corpo cavernoso corrispondente. L'ago porta la sega alla « quale si adatta il manico, si tende leggermente fra le due mani, pren- « dendola per i suoi estremi, ed in pochi movimenti si divide l'osso. « *Le due porzioni così separate si allontanano subito;* questa dilatazione « più essere aumentata a volontà o aumenterà per la pressione della « testa fetale. Diviso il pube, si leva uno dei manici e si ritira la sega; « non lasciando più che una piccola bottoniera che cicatrizza con gran- « dissima facilità.

« *Vi sarebbero tante altre cose da dire sul modo di praticare l'ope-* « *razione con questo processo, sopra i suoi effetti, sopra i suoi probabili* « *risultati.* Io non ebbi però l'intenzione di entrare in questi dettagli; « io volli soltanto far conoscere il modo di operare del dottor di Strass- « burgo, *che è così semplice, così facile ad eseguirsi, che riunisce in sè* « *tante condizioni favorevoli, che noi pensiamo potrà essere universalmente* « *accettato.* »

Questa è la nota di Lacour: quanto pensiero in così poche linee! Io vorrei aver tanta potenza di intuizione del passato e così profonda conoscenza della storia della specialità, da ricostruire intero il pensiero dello Stoltz da questi larghi tratti, da queste linee generali.

Io trovo frattanto che le cause, che facevano allora pensare allo

Stoltz una tecnica diversa, sono quelle stesse che noi presentemente lamentiamo.

Leggendo l'accuratissima relazione che il dott. Le Roy faceva alla Accademia di medicina di Parigi nel 1777 sul caso della *femme Souchot* prima sinfisiotomizzata dal Sigault, io rivedevo a tanta distanza di tempo stereotipato il decorso di molte sinfisiotomie moderne. E se per un momento considero questi due periodi lontani di una operazione così sfortunata, qual'è la sinfisiotomia, mi pare, analizzando minutamente le condizioni speciali, nelle quali si trovava allora, e quelle specialissime, nelle quali si trova presentemente, che essa percorra un periodo perfettamente identico al primo. Essa si trova cioè relativamente alle altre operazioni ostetriche negli stessi rapporti, nei quali si trovava allora. Dei trionfi moderni che le teorie nuove hanno reso possibili alla chirurgia, se ne sono più largamente avvantaggiate le operazioni alle quali essa avrebbe devuto sostituirsi.

Il taglio cesareo modernamente non è più una larga macchia di sangue, come efficacemente ebbe a dire il prof. Pestalozza; la tecnica moderna, il nuovo trattamento della ferita, ne hanno immensamente migliorati i risultati. Il perfezionamento degli strumenti, la rigorosa assistenza al parto, fanno godere ai processi embriotomici una ancora più larga innocuità per la madre.

Tutto il progresso che ha fatto in questo tempo l'ostetricia è andato più a vantaggio delle altre operazioni. La possibilità di fare una diagnosi esatta della capacità del bacino, la conoscenza delle cause di distocia, l'interruzione della gravidanza, che tanta parte è della gloria di Stoltz, tutto contribuisce a limitare l'importanza della sinfisiotomia ai nostri giorni.

La sinfisiotomia è stata costretta a rimanere, dirò così, cristallizzata nella forma antica, conservandone tutti i difetti e i pericoli e migliorandosi solo in quanto l'assistenza al parto ha diminuita la percentuale delle infezioni, non bastante però ad assicurare una guarigione senza complicazioni al maggior numero dei casi.

I pericoli della sinfisiotomia restano quali erano allora di poco modificati ed i principali sono le emorragie, le lacerazioni, le infezioni; vengono in seconda linea l'imperfetta adesione dei monconi, le lesioni delle sinfisi sacro-iliache, disturbi secondari della vescica, ecc.

Io voglio cercare di dimostrare che, come pensavano Stoltz e gli altri, la tecnica antica dal taglio mediano è la causa principale di questi pericoli.

Per l'emorragia è inutile spendervi su molte parole. L'anatomia ci insegna, che si trovano disposte appunto sul piano sagittale della pelvi, il clitoride, i plessi venosi prevescicali o del Santorini, ed il coltello poi, dovendo compiere la sezione del ligamento sottopubico, è costretto a lèdere la regione del clitoride così vascolarizzata. Questi organi poi si trovano per lo stato di maternità molto più ricchi di sangue e quindi l'emorragia, che ne deriva, è sempre più grave.

Nè vale addurre, che nella maggior parte dei casi, si giunga a dominare la perdita col semplice tamponamento della ferita, i casi disgraziati pubblicati o no, non mancano e non sono rari.

E l'emorragia è grave, e deve essere per quanto si può evitata, non sapendo mai quali sorprese ci può serbare il secondamento. Io ricordo a questo proposito dei casi, che non avrei voluto mi fossero toccati nella pratica.

L' anatomia ci viene in aiuto anche per dimostrare come il taglio mediano possa rendere più facile le lacerazioni, nonostante il perfeziomento del governo di un parto operativo, la più esatta circoscrizione in limiti numerici delle indicazioni.

Se noi per un momento pensiamo ai rapporti anatomici, che con la faccia posteriore della sinfisi hanno la vescica, l'elevatore dell'ano, l'aponevrosi perineale profonda, l'uretra, si capisce come la linea di minor resistenza si debba trovare appunto sul piano sagittale della pelvi; è questa la linea che dovranno seguire le lacerazioni, se aperta la cintura pelvica sul punto mediano, divaricando i pubi, non si abbia sufficiente elasticità nei tessuti molli.

Gli scollamenti, che noi siamo costretti a praticare lungo la faccia posteriore del pube, per liberare meglio che si può la vescica, e che sono così dannosi per la emorragia, e più ancora per il processo di guarigione, non sono sufficienti in tutti i casi a guarentirci delle lacerazioni. Queste sono frequenti e per la direzione del taglio e la disposizione anatomica delle parti, vengono molte volte ad interessare organi importanti, come la vescica, l'uretra e la vagina.

Il taglio lateralizzato, mentre ci permette di lasciare intatta tutta

questa pericolosa regione del clitoride, evita la sezione della pelvi lungo la linea o il piano di minor resistenza, non richiede scollamento di sorta, e lascia che la vagina, l'uretra, la vescica conservino i loro rapporti ed i loro sostegni naturali. Il fatto non era sfuggito alla osservazione acuta del prof. Stoltz. Per convincersene basta prendere due cadaveri dello stesso sesso, della stessa età, costituzione fisica ecc., ed aperto l'addome, scollato il rivestimento peritoneale del pube, praticare in uno il taglio mediano, sull'altro il taglio lateralizzato. In quest'ultimo noi potremo divaricare largamente i monconi senza giungere mai alle lacerazioni della vescica e dell'uretra, la linea di scollamento si fa lateralmente a questi organi sul cellulare abbondantissimo della pelvi, nel parametrio. Lacour nota infatti, che la pelvi sezionata con questo taglio lateralizzato si lasciava divaricare con sorprendente facilità.

Pajot considera le lacerazioni che avvengono ai genitali della donna nel parto, alle lacerazioni di una pezza di seta, che seguono la direzione del colpo di forbice: e chi si meraviglierebbe se, mancando stoffa al perineo, in un parto, la lacerazione si estendesse fino al retto, per un inconsiderato sbrigliamento mediano!

Qui, come il prof. Pestalozza mi suggeriva, sarebbe stato bene di sperimentare su cadaveri di puerpere, per vedere, facendo passare un corpo del volume di una testa fetale, se e come avvenivano le lacerazioni della vagina. Ma il tempo e la difficoltà di accordare lunghe ed accurate ricerche anatomiche con la pratica ostetrica me lo hanno impedito.

Ma veniamo ora alla questione più importante, alla infezione. Sembrerebbe che questa per la conquista moderna della scienza dovesse essere scomparsa. Ed è appunto con questo ideale che l'operazione ha tentato di riconquistare il posto che teoricamente le spetta fra le operazioni ostetriche.

I risultati, come ho già detto, per il solo fatto di una scrupolosa assistenza al parto ed alla operazione, sono migliori; ma non abbiamo in questo raggiunto quanto sarebbe desiderabile, quello cioè che abbiamo raggiunto nelle altre operazioni. L'infezione nella sinfisiotomia è sempre elevata. Ed un primo quesito a risolversi è lo stabilire se essa debba considerarsi come una infezione puerperale o come un'infezione semplice ordinaria chirurgica, cioè, se la via, per la quale i microrganismi per-

vengono alla ferita, sia interna od esterna. Non che io faccia essenzialmente differenza tra infezione puerperale ed infezione chirurgica, ma per la modalità, nella sinfisiotomia, tengo a differenziarle, una è contagio diretto dalla ferita portato dalle mani e dagli strumenti, l'altra è un contagio che avviene indirettamente per propagazione da altri tessuti primitivamente ammalati.

L'infezione chirurgica diretta non si può certamente escludere, ma si può ritenere con ragione, che operando con tutte quelle cautele che la chirurgia moderna impone, essa dovrebbe rappresentare in questa operazione, quella complicazione remota, che essa rappresenta sulle altre operazioni sia chirurgiche, sia ostetriche o ginecologiche. Ma così non è: la percentuale della infezione nella sinfisiotomia è sempre relativamente alta.

Io rimasi molto impressionato nel veder decorrere infettivamente diverse sinfisiotomie, in cliniche, nelle quali i precetti di una asepsi e di una antisepsi rigorosa erano severamente osservati, e ne facevano fede lunghe serie dei più difficili atti operativi ginecologici ed ostetrici guariti senza il più piccolo innalzamento della temperatura. Fino d'allora io pensai per spiegarmi il fatto, ai rapporti fra la sinfisi ed il parametrio, alla facilità con la quale questa regione si infetta nel parto. Nessun'altra ragione era capace di spiegarmi la cosa. Non la presenza dei lochi, non l'abbondanza del connettivo, la irregolarità ed anfrattuosità delle ferite, perchè se così fosse stato si avrebbe dovuto avere con uguale facilità la infezione nelle vaste lacerazioni perineali, che vengono necessariamente in contatto con le secrezioni uterine puerperali. Noi sappiamo invece che queste ferite con l'antisepsi la più grossolana, spesso spontaneamente ad onta di ogni maltrattamento, guariscono e guariscono per prima con la più grande sollecitudine.

Il parametrio, anche senza farne, come voleva il Nonat, il quartiere generale di tutti i processi infettivi che originano dall'utero, è certamente la sede più frequente dell'infezione puerperale e di quelle forme d'infezione, che sfuggono per ora alle nostre conoscenze eziologiche e che danno un contingente così elevato alla morbilità puerperale.

Le scoperte moderne, i nuovi criteri nel governo del parto, non hanno dato a questo trauma fisiologico, tutta quella sicurezza nell'evitare le più piccole infezioni che la chirurgia moderna possiede nei suoi interventi i più ardimentosi. Il prof. Cuzzi, nel suo recente trattato così si esprime,

parlando delle infezioni puerperali: « Nelle cliniche ostetriche meglio dirette si trova ancora oggi una morbilità media del 15-20 0[0. Certo che un comparto chirurgico o ginecologico, che presentasse questa morbilità, si dovrebbe dire mal tenuto e se ne dovrebbe incolpare il Direttore. » Le cause di questi puerperi morbosi non ci sono tutte note, esse sono complesse, esse stanno là forse per dimostrarci che, ad onta di tutte le esperienze *in vitro* la vagina non deve considerarsi in tutti i casi come un campo asettico. Questa morbilità è maggiore senza dubbio nei parti operativi.

Io potrei qui richiamare largamente dei fatti noti ai cultori della specialità, dei dati che ormai l'anatomia normale e patologica, la clinica, la patologia esperimentale hanno definitivamente stabilito, per dimostrare come sia facile nel puerperio l'infezione di questa regione, quali ne siano i rapporti con la sinfisi e le vie di diffusione.

Sono classiche ormai ed a tutti note le ricerche su questo soggetto fatte da Henke, dal König, dal Freund, e più complete di tutti quelle dello Schlesinger. Risulta da tutte queste esperienze, che un processo infettivo, che abbia sede al collo uterino determina l'infiammazione del cellulare corrispondente; e questa infiammazione estendendosi ha tendenza ad invadere al davanti il connettivo paravescicale. Se noi facciamo, dice Schlesinger, una iniezione, introducendo la punta della cannula sulla porzione vaginale al di sopra della sua inserzione alla vagina, si forma da prima una tumefazione, che sporge sul fornice vaginale laterale, un po' al davanti, come un tumore rotondeggiante, che si estende in alto verso lo spazio pelvico anteriore e laterale, accanto alla vescica dietro il segmento esterno della sua parete posteriore; spingendo ancora il liquido, questo si dispone tra la vescica e l'utero sollevando il peritoneo dalla faccia vescicale posteriore. Da questa regione, la sezione della sinfisi è divisa solo dalla fascia fibrosa della sua faccia posteriore. E se noi pensiamo per un momento a quello che deve avvenire in un bacino sinfisiotomizzato, noi facilmente ci convinceremo, come rotte le barriere che dividono l'articolazione della sinfisi dal parametrio, la ferita della sinfisi per continuità traumatica si apra in questa regione.

A conforto di quanto dico, potrei portare numerosi casi di strappamento, sia spontaneo sia traumatico, della sinfisi nel parto senza lacerazione delle parti molli, complicazione rara, come osserva il Malgaigne,

seguiti da suppurazioni ostinate e gravi come appunto si osservano nella infezione secondaria alla sinfisiotomia.

In questi casi non si può negare che i germi nei tessuti strappati della sinfisi non vi siano pervenuti dall'interno. Perchè lo stesso non deve avvenire dopo la sinfisiotomia, nella quale i rapporti pel traumatismo sono perfettamente identici?

Riccardo Braun, l'anno scorso, ha richiamata più volte l'attenzione degli ostetrici su questi fatti nelle sedute della società ginecologica di Vienna, ed egli voleva che, appunto per questa possibilità, fosse controindicata la sinfisiotomia nei casi sospetti d'infezione.

E la controindicazione è più che razionale.

L'articolazione della sinfisi non è certamente da paragonarsi, per importanza, alle grandi articolazioni, ad esempio quella del ginocchio. Ma quando io penso al quadro clinico, che più volte ho osservato nella infezione secondaria alla sinfisiotomia, ai lunghi periodi febbrili, alle lunghe suppurazioni, alle successioni morbose gravi, io mi sono domandato e mi domando, se non sia giustificato paragonare questa articolazione nello stato di maternità, alle più grandi, alle più importanti del nostro organismo e far valere per essa le stesse controindicazioni operatorie.

Il prof. Leopold nel suo discorso sulla sinfisiotomia, tenuto nell'ultimo Congresso internazionale a Roma, conviene in questa controindicazione. Non così il prof. Fritsch, il quale in un recente lavoro, pubblicando la sua casuistica sulla sinfisiotomia, parla, con quella competenza che gli è propria nelle questioni della specialità, delle indicazioni e controindicazioni a quest'atto operativo. E venendo a trattare della sinfisiotomia nella donna sospetta di infezione, dice, che non crede possa essere questa ragione sufficiente per escludere l'atto operatorio in discorso, date tutte le altre condizioni favorevoli.

L'opinione del prof. Fritsch ha per sè gran valore, è il frutto della vasta esperienza di questo mio maestro e vale per sè sola come constatazione di fatto. Io non posso convenire però pienamente negli argomenti che adduce a sostegno della sua tesi. Riporterò testualmente per maggiore esattezza le sue parole: « Per me non è controindicazione alla « sinfisiotomia la febbre della madre quando il feto sia indubbiamente « vivo. La febbre origina dal canal genitale e la ferita che ne resta al

« di fuori, può benissimo esser difesa dalla infezione. Naturalmente vi « saranno abbondanti irrigazioni prima della sinfisiotomia e dopo l'estra- « zione del feto. Non raramente anche nelle endometriti settiche noi « osserviamo guarire una lacerazione perineale *per primam*, perchè non « si deve aver altrettanto in una ferita recente, in condizioni di posizione « molto più favorevoli? Si sono del resto avute già molte sinfisiotomie in « donne febbricitanti, in travaglio e con esito assolutamente favorevole. » (*Centralbl. f. Gynäk.*, N. 19 *c*, pag. 463).

L'infezione origina in tutti i casi dal canal genitale, questo è fuori di discussione, e si può dire anche, che nella gran maggioranza dei casi, si trova nel momento della sinfisiotomia localizzata in un punto di questo canal genitale. Nulla però ci assicura che vi resti localizzata. Può invadere ed invade molto frequentemente un terreno che non resta più separato dalla sinfisi, ma viene ad essere più o meno direttamente comunicante con esso. I casi quindi di infezione, con decorso normale della ferita, stanno a dimostrare che in quelli si trattava di localizzazione dei germi infettivi nel canal genitale; negli altri casi di infezione pubblicati, manca un reperto esatto per decidere se in quelli il parametrio vi prendeva parte o non. Anche il ricordare casi di lacerazioni perineali, che guarirono *per primam* non ostante si fosse sviluppata nella donna una endometrite settica, e quindi la ferita del perineo doveva necessariamente venire in contatto del secreto uterino, non è argomento decisivo, perchè noi sappiamo, che le ferite del perineo e in generale di tutto l'apparato sessuale nello stato di maternità riparano, nelle donne sane, molto vivamente, quindi rapidamente granuleggiano ed entrano in quello stato, conosciuto anche dai nostri antichi, nel quale un'infezione è molto più difficile. Se noi ora consideriamo i rapporti della ferita della sinfisi con una infezione del parametrio, non si può dire che la ferita sia, rispetto al focolaio di infezione, più favorevolmente situata, specie se si consideri la particolarità di questa ferita, con le sue anfrattuosità e i ristagni e con la differenza essenziale poi che qui si tratta di una articolazione. Per tutto ciò io ritengo la controindicazione, se non assoluta, per lo meno da prendersi in seria considerazione nei singoli casi, cercando di conoscere la natura e la sede dell'infezione, la possibilità più o meno grande dell'invasione del parametrio. Quando l'infezione abbia già invaso il parametrio, eventualità del resto molto rara nel sopraparto, la controindicazione è assoluta.

In questo concetto io sono venuto appunto dalla diretta, personale osservazione dei casi che il prof. Fritsch brevemente e con tutta esattezza pubblica. E mi sia concesso qui di rendere pubblicamente al prof. Fritsch i più vivi e sentiti ringraziamenti per la cortese ospitalità che per tanti mesi mi offrì nella clinica sua. La scuola di Breslavia rappresenterà sempre per me, che pur tante e tanto importanti cliniche ho visitato in due anni di peregrinazione all'estero, il modello di un Istituto di Maternità per l'ambiente, l'ordinamento interno, l'indirizzo scientifico e pratico; là non so cosa più si debba ammirare, se i risultati o la semplicità e praticità dei mezzi coi quali questi sono ottenuti. In questa clinica l'infezione post-operativa rappresenta veramente la complicazione più remota, quindi giustamente destò la mia meraviglia l'osservare quattro infezioni successive in quattro sinfisiotomie, e confesso pienamente, che il ricordo che ho riportato di queste infezioni studiate giorno per giorno, medicatura per medicatura, è molto più penoso, come è naturale, di quello che ne avrei dalla semplice lettura delle storie sommariamente riassunte.

Involontariamente io confrontai quei risultati con quelli splendidi del taglio cesareo e mi ricorderò sempre il caso di una donna con fortissima viziatura pelvica, che ricoverò alla clinica in travaglio da qualche tempo, dopo qualche ora di ferrovia, venendo dalla campagna, e dopo essere stata già passiva di ripetuti tentativi operatorii. Il feto era premorto, difficile l'intervento per le vie naturali, mal preparate edematose; il prof. Fritsch decise il taglio cesareo, ed essendovi indicazione assoluta, estirpò completamente e totalmente l'utero senza liberarlo del feto, come si fosse trattato di un grosso fibroma interstiziale. Non ostante la gravezza dell'operazione e le gravi condizioni della donna, il puerperio fu dei più semplici, e la donna guarì del tutto in brevissimo tempo, senza la più piccola complicazione, come si fosse trattato della più tipica isterectomia *per vaginam*. Ricordo un altra estirpazione cesarea totale per cancro in condizioni generali non buoni ma con esito ugualmente e maravigliosamente felice.

L'infezione nella sinfisiotomia è delle più gravi, nè si può nè si deve paragonarla con il decorso semplice di una endometrite o di una parametrite, per quanto difficilmente sia infezione mortale. È quindi per me condizione essenziale per la sinfisiotomia, il ben definire questa

questione, affrontarla, studiarne le cause, cercare se è possibile di vincere, riducendo la infezione alle proporzioni chirurgiche ordinarie nelle cliniche bene organizzate.

La tecnica che io vengo a proporre non porta certamente la ferita fuori dalla regione del parametrio, che può nel puerperio con facilità infettarsi e che noi, fino a che la clinica non ci dia il mezzo di prevedere l'infezione con sicurezza, dobbiamo considerare come potenzialmente infetta, ma ci permette però di rispettare l'articolazione e nei casi più sospetti di rispettarla totalmente come or ora vedremo. La sezione cade su di un tessuto in gran parte osseo, più resistente e meno facile ad infettarsi. Ci offre di più il vantaggio, che è per me grandissimo, di risparmiare tutte quelle manovre di scollamento che sono necessarie nel taglio mediano, dandoci di più una sezione così netta come non si ottiene certamente nelle condizioni ordinarie col coltello.

È finito il tempo nel quale si credeva, che, operando nella nebbia fenica con la più pedantesca osservanza dei precetti dell'antisepsi, in braccio al sublimato, si potesse riposare tranquilli sulle conseguenze di un atto operativo e permettersi tutte le brutalità operative.

La tecnica ha ed avrà gran valore e grande influenza sugli esiti, quanto più semplice, più rapido e più sicuro è il processo e tanto più facilmente a condizioni uguali la ferita ripara e non si infetta.

Il coltello, lo ripeto ancora una volta, era nella sinfisiotomia, strumento di necessità, non di elezione. La resistenza e la direzione della sinfisi non è sempre uguale, bisogna procedere per tentativi, e ne viene che il taglio non riesce netto, delle squamme più o meno grandi di tessuto restano isolate e si necrotizzano. Se a questo si aggiungono i maltrattamenti, che siamo costretti a praticare col dito per scollare più largamente che si può i tessuti, si comprende, come più difficilmente, debba avvenire la guarigione delle ferite nella sinfisiotomia e l'infezione più facile a condizioni uguali.

Due parole per spiegare come mi sia germogliato nella mente questa idea del filo-sega:

Per tutte le considerazioni sopra esposte, io pensava di trovare un modo che rendesse più semplice e più sicura la sinfisiotomia. Allora non conosceva le idee dello Stoltz, conoscevo soltanto qualche cosa della

pubiotomia, per quello che ne avea scritto su questi *Annali* il prof. Morisani, il quale diceva appunto che la pubiotomia sarebbe stata operazione possibile, quando si fossero teoricamente risolte le difficoltà.

Il mio primo pensiero però era l'infezione; confesso che il quadro clinico del puerperio infettivo mi aveva impresionato più dell'atto operatorio. E ritenendo allora che questa infezione avvenisse per la via esterna e fosse dovuta alla presenza dei lochi, mi venne in mente di provare se fosse stato possibile praticare con facilità l'operazione per la via sottocutanea, con una sola apertura in alto, e pensai che un sottilissimo filo d'acciaio potesse facilmente passare attraverso il tessuto cartilagineo. La necessità di dover incidere l'apparato ligamentoso sottopubico, e la grande probabilità che nella maggior parte dei casi l'infezione procedesse dal parametrio, mi fecero abbandonare la prima idea e pensare ad attaccare direttamente in tutti i casi l'osso, cercando di evitare l'apertura dell'articolazione.

Volevo però compierne la sezione nel modo più semplice e più facile, quindi naturalmente scartai le seghe ordinarie, le circolari, la coltellinari bottonute, ecc., gli scalpelli a slitta come quelli del Belli, del Mancusi, le primitive pinze del Galbiati e pensai come unico strumento possibile alla sega a catena. Io riconoscevo però in questo strumento moltissimi difetti e prima di tutti il costo, pel quale non era possibile al pratico possederne più esemplari, poi la sua fragilità, la sua complicatezza. Non credevo poi che all'atto pratico fosse così facile passare questo strumento dietro la sinfisi, quando un corpo come la testa fetale, si accollasse nel travaglio strettamente al contorno superiore della pelvi.

Allora pensando alla sottigliezza, che avrebbe dovuto avere la sega a catena per corrispondere almeno idealmente all'atto operatorio nelle condizioni sopra ricordate di testa impegnata, tornai all'idea del filo metallico e pensai che, se fosse stato possibile renderlo a superficie aspra, avrebbe dovuto per la sua durezza e per la sua sottigliezza attaccare l'osso e segarlo.

Tutte queste idee rimasero per molto tempo, per le difficoltà della vita all'estero, in quello stato di sopraparto cerebrale così penoso, che fa desiderare molte volte di non averle concepite mai. Finchè crescendo le mie relazioni con l'intelligente meccanico sig. Härtel, un giorno

nelle nostre conversazioni spiegai il mio concetto e il desiderio di esperimentare, e potei fino dai primi tentativi convincermi che la soluzione del problema per questa via era possibilissima. I campioni qui uniti permettono di convincersene prontamente.

I primi fili fatti a mano, meno resistenti quindi, terminavano senza maglietta ed io avevo fatto costruire due manici a vite, però l'applicarli non era semplice, si perdeva del tempo e fu per consiglio del prof. Mikulicz, che l'Härtel ai nuovi fili fece le magliette per poter così applicarvi i manici ad uncino della sega a catena. Queste magliette permettono di guidare la sega con un filo di seta e per mezzo di un ago, attorno a qualunque osso.

Io non mi servo più di manici, ma prendo due pezzi di seta molto grossi che passo attraverso alla magliette del filo e che avvolti poi intorno alla mano sono sufficenti per tenere e guidare il filo stesso.

Quando le magliette sono molto strette, come nei fili-sega sottilissimi, e siamo per conseguenza costretti ad usare dei numeri più sottili di seta, allora avviene che questi fili di seta nel segare penetrando nelle carni siamo costretti ad interrompere il lavoro. Di più la seta sottile per l'attrito che subisce alle magliette viene tagliata. È bene in questi casi far uso di un filo di rame o di argento della stessa grossezza; anche questo avvolto sulla mano a nudo non è tollerato, quindi consiglio di avvolgerlo su dei Pean o altri strumenti o meglio su due semplici manici appositamente costruiti che hanno sul loro mezzo una scannellatura sulla quale si avvolge due o tre volte il filo.

Descriverò ora quanto più brevemente e chiaramente posso la tecnica della sinfisiotomia con questi fili sega, attenendomi a quello che mi è parso migliore nelle esercitazioni sul cadavere.

Premetto avanti tutto qualche considerazione speciale sull'uso di questo nuovo strumento, il quale per quanto semplice, richiede che sia conosciuto nel modo di adoperarlo.

Un filo metallico ha limitata la sua elasticità e la sua pieghevolezza, non si può quindi bruscamente e violentemente piegarlo poggiandolo sopra una sporgenza ossea, sopra la faccia tagliente di un osso e portarlo al massimo della curvatura. È necessario procedere lentamente facendo sì che a quella curva si adatti una larga porzione del filo, in questo modo si può giungere a segare un osso sottile come una costa, un me-

tacarpo, tenendo quasi parallele le due porzioni del filo. Noto frattanto, che nella maggior parte delle operazioni, nelle quali questo strumento è prezioso, come nella resezione dei due mascellari, delle coste, dell'anca, delle lamine vertebrali, nella pubiotomia stessa, non si richiede una curva molto forte, ed in tutte queste operazioni i miei fili, anche i più sottili, non si rompono nè si devono rompere; se questo avviene, è accidentalmente per qualche difetto di costruzione del filo o imperizia di chi lo adopera.

Per voler poi che il filo prontamente seghi, bisogna tenerlo ben forte contro la superfice dell'osso che vogliamo tagliare, quindi dopo aver coi primi colpi adattato in certo modo il filo alla curva che gli si vuol dare, ed avergli fatto, dirò così, la strada, si deve assicurarle ben forte in mano e procedere con colpi energici, decisi, *appoggiandolo più forte che si può nelle trazioni, mai quando il filo è fermo.* E la ragione è facile a comprendersi; noi veniamo a distribuire così la resistenza sopra tutta la superficie del filo-sega su di un punto. Il filo-sega sottile taglia le parti molli nello stesso modo che sega l'osso, quindi non importa scarnire, si passa il filo dietro la superficie che si vuol tagliare e si sega fino a liberarlo. Non sega con la stessa prontezza della sega a lastra, ma presso a poco come la sega a catena. Per la costruzione del filo-sega, questo non s'incanta mai, tagliando o segando da tutti i lati, però avviene, che qualche volta, specialmente sulla resezione delle coste, il filo si ferma, questo perchè l'osso da segare si muove. Facendo tenere l'osso immobilizzato dall'assistente, il filo torna a segare con tutta facilità.

Strumenti speciali all'infuori di questi fili e di un ago opportunamente curvato non ne occorrono. Si preparano quindi gli strumenti ordinari, bisturì, forbici, tente, pinze emostatiche ecc. La donna verrà lavata e disinfettata scrupolosamente. Si disinfetterà il monte di Venere che sarà rasato, i genitali esterni e la vagina, e, se ne abbiamo il tempo si cercherà che la disinfezione di questa sia ginecologicamente scrupolosa. Messa la donna in posizione ostetrica, con le cosce alquanto divaricate, sostenute dagli assistenti, l'operatore si metterà nel mezzo ed inciderà col bisturì le parti molli al disopra del pube secondo una linea leggermente curva a concavità esterna, che dal punto mediano, superiormente termini in basso a destra o a sinistra al tubercolo sottopubico ove si inserisce il legamento triangolare.

L'incisione può farsi a tutta sostanza. Si può, prima di incidere, stirare in basso la pelle, perchè così, fatta l'incisione, l'angolo inferiore della ferita viene a trovarsi più in alto e quindi più distante dell'apertura dei genitali. Incise le parti molli si avrà cura di dominare completamente l'emorragia. Ciò fatto si prenderà l'ago speciale, montato sopra un robusto porta aghi, ed introdotte due dita della mano sinistra nella vagina e spinto bene in alto al di dietro del pube, si infigge l'ago sulla linea mediana al di sopra del pube e lo si porta sulla guida delle dita che sono in vagina attorno all'osso, rasentando quanto più si può la faccia posteriore. Nel portare l'ago io cerco per quanto mi è possibile di passare all'infuori della inserzione vescicale alle sinfisi; per questo non lo infiggo superiormente proprio sulla linea mediana e lo dirigo direttamente in basso verso il punto di uscita, ma più all'esterno e diretto all'infuori, e quindi lo dirigo in basso cercando di farlo uscire in corrispondenza del tubercolo sottopubico fra l'osso e il corpo cavernoso corrispondente.

Forse potrebbe qui riuscire opportuno far passare il filo di seta da prima secondo la linea seguita da Pitois nella pubiotomia, una linea parallela alla sinfisi, che termini in basso al tubercolo sottopubico, l'estremo superiore di questo filo di seta, riportarlo poi sulla linea mediana con un punto trasversale, passando al di dietro dei muscoli retti. Stirando questo filo, si viene a portarlo nella posizione obliqua, secondo la quale si intende di segare l'osso, rompendo o distaccando le parti molli che vi si opponessero. Così siamo sicuri di non toccare le fibre vescicali che vengono ad inserirsi alla sinfisi.

Adattato così il filo di seta, passatone un estremo nella maglietta del filo metallico e fissatolo con un nodo, tirando faccio passare quest'ultimo nella direzione del primo. L'altro estremo del filo metallico avrà già alla sua maglietta il filo che deve fare da manico e se il filo di seta che ha servito per passarlo è sufficentemente grosso non resta che addattare questi fili alla mano e segare. Io voglio far qui notare, che per rendere l'atto operativo per quanto mi è possibile simile al metodo classico, incido con le forbici o col coltello il terzo superiore della sinfisi esattamente sulla linea mediana e porto il filo all'estremità inferiore di questa ultima incisione, dividendo così la cintura pelvica, secondo una linea spezzata, allo scopo di aprire sulla linea mediana la pelvi, in corrispondenza dello

stretto superiore e facilitare così la discesa della testa fetale per l'impegno della bozza parietale fra i due monconi delle ossa pelviche divaricate.

Applicato il filo-sega con pochi colpi si compie la sezione dell'osso con la più grande sicurezza e facilità, tagliando la superfice ossea così nettamente come se fosse non segata ma tagliata col coltello. Io sono riuscito più volte con questi fili a segare in brevissimo tempo completamente un bacino nel punto più alto. Quando i fili-sega non erano perfezionati come oggi, ne passavo sempre due per tutte l'evenienze e per risparmio di tempo, qualora uno si fosse spezzato; ora ho veduto che sarebbe superfluo perchè il filo non si rompe con tanta facilità.

Le ossa sezionate secondo questa linea si allontanano prontamente. Se il punto inferiore non cadde esattamente al di là della inserzione del ligamento sotto pubico, si può, durante le contrazioni e l'allontanamento dei monconi, con la guida del dito, incidere con piccoli colpi di forbice quelle fibre che offrono ancora della resistenza.

Nella sezione col filo io consiglio di segare l'osso non perpendicolarmente ma quanto più si può in direzione obliqua alla superfice stessa, perchè così si hanno delle superficie di sezione più estese, che si adattano più facilmente fra loro, e non si spostano, rendendo così superflua ogni sutura. Il resto è perfettamente uguale alla sinfisiotomia classica. Io consiglio di intervenire nel parto, con le operazioni ostetriche, rivolgimento e forcipe, solo quando vi sia urgenza, altrimenti lasciare il parto stesso alle forze naturali, ed appena compiuto il parto procedere ad una sutura accuratissima profonda e superficiale delle parti molli. Tutto, ben s'intende, nell'asepsi più rigorosa. Ciò fatto applicare un apparecchio immobilizzante.

Io ho notato con interesse in molte sinfisiotomie infettive, metastasi polmonari, le quali per quanto gravi sono sempre andate a guarigione; questo a differenza delle metastasi nei casi di vera infezione purulenta puerperale, per le quali la prognosi è delle più gravi. Io credo che questo avvenga per la infezione dei plessi venosi perivescicali, i quali per la funzionalità della vescica, non potendo essere immobilizzati facilmente, danno luogo alla formazione di trombi e relative embolie. Mi pare quindi, consigliabile nella sinfisiotomia il drenaggio della vescica, per immobilizzarla, o con la sonda speciale dello Skene, o più semplice-

mente e praticamente con un semplice tubo, che poi si può fissare al vestibolo con un punto di sutura. Il punto non deve essere legato a nodo per permettere di togliere il tubo e lavarlo. Il drenaggio poi deve essere assolutamente indicato quando la temperatura ci faccia accorti dell'iniziarsi di un processo infettivo.

L'operazione in questo modo non presenta difficoltà tecniche e può compiersi ugualmente in tutti i casi. Si potrebbe anche praticare col filo la sezione delle ossa senza incidere le parti molli. Io ho, in via d'esperimento, resecato con molta facilità sul cadavere una porzione triangolare dell'arco anteriore del pube senza incidere la cute ed ho avuto, con questa che chiamerei pubiotomia cuneiforme, un allontanamento dei pubi come nella sinfisiotomia ordinaria. Quale sia il valore pratico di questi processi, non so. Io spero che ne sia per venire un vantaggio per l'atto operativo da renderlo accessibile a qualunque medico.

Il restringere il campo di attività della sinfisiotomia alla clinica in tempi in cui si cerca di volgarizzare il taglio cesareo, mi pare un confessare, che essa nasconda più pericoli che vantaggi. Una operazione ostetrica deve essere accessibili a tutti i medici; si può fare eccezione forse pel taglio cesareo con indicazione assoluta, per la sinfisiotomia no. Essa per vivere deve esser considerata innocua quanto il forcipe e la craniotomia ed aver tutta la larghezza di indicazioni di cui è capace. Ristretta alla clinica, con i pericoli di cui è circondata, io trovo che non ha ragione di esistere e trovo giusto che si preferisca a questa il taglio cesareo specialmente in certe cliniche, in cui il taglio cesareo dà così splendidi e sicuri risultati; nelle altre cliniche non così perfezionato, si preferisca il sacrificio del feto. Napoleone I aveva grande interesse ad aver salva la vita del figlio; pure rispondeva a Paolo Dubois: « Sauvez la mère. » L'ideale dell'ostetricia è di salvare due vite, ma quando disgraziatamente questo non ci è dato, è dovere nostro sacrosanto di salvare quella, che rispetto alla famiglia, rispetto alla società, ha il valore maggiore.

La leva nel bacino infantile

ANCHE DOPO LA PROVOCAZIONE DEL PARTO PREMATURO

OSSERVAZIONI E NOTE
DEL
DOTT. MUZIO PAZZI
Medico-chirurgo-ostetrico a Bologna.

Per essere coerente a quanto esposi nel Congresso medico nazionale di Siena (1) 1891 ed in quello internazionale di Roma (2) 1894, pubblico questo lavoro, intorno a tre casi di applicazione della leva ostetrica su donne con bacino infantile, di cui due assoggettate previamente al parto prematuro artificiale.

Io ho sempre sostenuto che l'istrumento di Roonhuissen ha subìto delle vicende non comuni, e come un tempo fu troppo innalzato dall'entusiasmo di molti ostetrici, oggi giorno è quasi completamente dimenticato, in ogni parte del mondo.

Ammetto che l'entusiasmo della vecchia scuola fiamminga sia caduto nell'esagerato, ma non posso però ammettere che la scuola moderna abbia totalmente ragione di dimenticare le buone imprese sostenute da un istrumento, che in mano del pratico deve essere conosciuto, potendo alle volte servire a toglierlo da serio imbarazzo.

Ho detto altra volta che nelle varie e numerose scuole ostetriche nazionali e straniere, o si accenna al valore storico della leva, solamente, o non se ne parla affatto, e prova ne sia che i trattati moderni di oste-

(1) Dott. MUZIO PAZZI. « La leva ostetrica. » Estratto dagli « Atti del Congresso medico di Siena, » 1892. Tipogr. S. Benardino edit.

(2) Dott. MUZIO PAZZI. « Saggio critico sull'uso ragionato della leva ostetrica. » Dagli studi di ostetricia presentati al XI Congresso medico internazionale di Roma, 1894. Libreria Treves di Pietro Virano, Bologna.

tricia, che rappresentano i progressi e gli indirizzi delle diverse scuole, si comportano in egual modo.

Non credo di andare errato asserendo che l'Italia è una delle poche nazioni dove in qualche scuola ostetrica (Bologna, Parma, Pavia, Roma, Modena), si parla agli studenti delle indicazioni della leva e del modo di applicarla.

Certo però la scuola bolognese è stata la più tenace, la più feconda, per diffondere l'utilità clinica e pratica di tale istrumento, e doveva essere così, perchè l'ambiente era stato creato da uno dei più convinti difensori della leva, il prof. G. B. Fabbri, e perchè dopo di lui il professore C. Massarenti ha seguito a coltivare le giuste idee del predecessore.

Ma oggi, la clinica ostetrica di Bologna non è più diretta dal Massarenti e durante questo interregno la leva ostetrica è stata completamente dimenticata.

Solo io, non mi vergogno dirlo, sono rimasto privato lottatore, che cerca di riabilitare la fama di un istrumento decaduto.

Temo di non riuscirvi, ma siccome credo di esporre dei fatti, e dei fatti reali, spero che la storia registrerà le mie osservazioni, che attenderanno poi quelle di altri e forse non inutilmente.

* * *

Non posso nè voglio allontanarmi dal proposito di essere breve, quindi passo alla descrizione dei casi accennati, per trarre poscia alcune argomentazioni scientifiche.

Le prime due osservazioni si trovano già menzionate nella statistica da me fatta nei lavori precedentemente pubblicati.

Osservazione I (maggio 1890).

(Pratica privata. Levatrice Ida Rappini). — E. B. F., di anni 22, primipara, gravidanza di 300 giorni. Bacino *equaliter iuxta minor*. Coniugata V. mm. 90. Presentazione del V. Posizione O. C. S. Rottura precoce delle membrane. Genitali esterni piccoli e fortemente edematosi. Inerzia uterina. Testa iperflessa. Fontanella occipitale nell'asse pelvico. Applicazione della leva allo stretto superiore. Feto e madre salvi.

Osservazione II (settembre 1891).

(Pratica privata dell'A. Levatrice signora Dina Viani). — N. N., primipara, di anni 25. Bacino totalmente regolarmente ristretto. Coniugata vera mm. 85. Tutti gli altri diametri deficienti di 2 cm. Parto prematuro artificiale nella seconda metà del nono mese. (Candelette di cera, iniezioni di acqua calda). Presentazione del vertice, posizione O. I. S. Inerzia spasmodica dell'utero. Rottura precoce del sacco amniotico. Sofferenza del feto e della madre. Applicazione della leva allo stretto superiore, a dilatazione di 4 cm. del collo uterino. Ristrettezza vulvare. Feto e madre salvi. Lacerazione perineale di 1.° grado. Perineorafia e guarigione per prima intenzione. Puerperio regolare.

Osservazione III (luglio 1894).

(Pratica privata. Levatrice signora Maria Michelini). — N. N., primipara, di anni 25. Bacino totalmente regolarmente ristretto, di cui furono tolte le seguenti misure in gravidanza e dopo il parto: Circonferenza pelvica cm. 78. Distanza fra le spine cm. 21. Distanza fra le creste cm. 24. Diametro obliquo sinistro cm. 20; destro cm. 20. Coniugata esterna 17 cm. Coniugata diagonale cm. 9,7. Coniugata vera 8,2. Diametro bitrocanterico cm. 28. Diametro bisischiatico 75 mm. Statura della donna 1,35 cm. Parto prematuro artificiale, appena compiuto l'ottavo mese (candeletta di cera, iniezioni di acqua calda). Inerzia primitiva dell'utero. Fragilità e rottura precoce del sacco amniotico. Sofferenze gravi della madre e del feto. Lunghezza della vagina cm. 5. Vulva piccolissima e sensibilissima. Applicazione della leva allo stretto superiore, sulla testa fetale appena impegnata, in presentazione del vertice, in posizione O. C. D. Dilatazione del collo uterino 5 cm. Madre e feto salvi. Nessuna lesione materna e fetale. Feto di gr. 2000, lungo 43 cm. Circonferenza cranica cm. 31, secondamento normale. Puerperio regolare apiretico.

* * *

Dopo la narrazione pura di questi tre casi, mi sembra che si possa fare la seguente questione: *Nelle donne che hanno il bacino infantile e in cui per circostanze speciali, non devolute a ritardo del soccorso medico, o a difetto di assistenza al parto, non si riesce con la provocazione del parto prematuro a preservare la paziente da successivi atti operatori, è*

indifferentemente utile il forcipe o la leva come agente complementare del parto?

Nei casi da me descritti ho usato la leva trovandomi di essa soddisfattissimo, ed ora mi provo a dimostrare che l'indicazione dell'istrumento suddetto è stata logica e necessaria.

Dimostrerò ancora, che se il forcipe fosse stato applicato, nei miei casi, non avrebbe saputo in tempo così breve liberare la sofferente, nè con minori pericoli, mancando del resto la vera e propria sua indicazione.

* * *

È necessario però che io mi riporti al meccanismo del parto nel bacino infantile e che ricordi alcuni dati anatomici indispensabili alla interpretazione dei criteri pratici, che mi permetterò di suggerire in seguito.

La prima cognizione sul bacino regolarmente ristretto risale a Deventer e dopo di lui ne parlarono ancora il Dionis, lo Smellie, il Puzos, il Denmann, il Roederer, il Deleurye, ecc.; ma chi mise in chiaro l'importanza fu Stein il giovane ed il Naegele, e chi si occupò delle particolarità e del meccanismo del parto in questo bacino fu Michaelis ed il Litzmann.

I lavori che sono venuti dopo, tanto in Italia che all'estero, non hanno fatto che confermare ed ampliare i fatti già conosciuti e che meritano di essere ricordati.

Tutti gli autori hanno accettato scolasticamente due varietà del bacino regolarmente e generalmente ristretto (bacino angusto con perfezione di forme del Dubois, angustia assoluta di Velpeau), secondo che esso viene osservato indistintamente in tutte le donne, o precisamente nelle donne nane.

Nel primo caso il bacino viziato non differisce dal normale che per una riduzione di volume delle ossa e dei diametri; nel secondo caso la struttura stessa delle ossa o dei legamenti ha subìto un arresto di sviluppo e si chiama *bacino nano* perchè ha il più delle volte conservato le caratteristiche di struttura del bacino infantile. La seconda varietà è più rara della prima e questa più rara che la specie dei bacini ristretti solo nella coniugata.

Rarissimi sono poi i *bacini generalmente e regolarmente ristretti rachitici* (Schroeder) e sono quelli che specialmente negli ilei conservano le tracce del rachitismo.

Generalmente però, nei bacini in discorso, non guadagna importanza genetica il rachitismo e il più delle volte sfugge la causa di produzione di questo genere di vizio pelvico (Naegele), nè sempre l'arresto di sviluppo del bacino può essere legato all'arresto di sviluppo delle facoltà mentali come molti autori hanno trovato (Naegele, Martin, Michaelis, Scmidt, Lambl, Hubner, Hugenberger, Poppel, Schroeder, Kleinwächter, Kormann, Levy, Zagorschy, Hecher, Closmadem, ecc.). Inoltre non va accettato in senso assoluto che nella *pelvis nimis parva*, del Deventer, tutti i diametri del bacino siano egualmente deficienti e i diversi distretti siano egualmente viziati.

Come è stato trovato un bacino totalmente piccolo, in donne di statura e forme regolari, così nello stesso bacino è stato rinvenuto spesso una differenza fra la viziatura dello stretto superiore e l'inferiore e una certa eccedenza di sproporzione nella lunghezza del diametro antero-posteriore.

Ciò però che il pratico deve tenere per regola generale, è che il meccanismo del parto in questo bacino suole avvenire in modo tutto diverso che nel bacino piatto, e che la testa fetale che lo deve attraversare deve patire resistenze soverchie in tutti i distretti. Questa nozione ci servirà moltissimo per appoggiare un sano criterio pratico nella scelta dell'istrumento che può servire a terminare artificialmente un parto. « Diffatti, » dice il Cuzzi nel suo trattato in corso di pubblicazione (Vol. II, pag. 69), « nel bacino totalmente o parzialmente ristretto piatto, la testa potrà ridursi di più che nel bacino totalmente e regolarmente ristretto, perchè può allungarsi nel senso del diametro opposto a quello compresso. »

Il Runge, dice che quando s'incontra una donna di statura notevolmente piccola, nella quale può escludersi il rachitismo, presumibilmente è da ritenere che questa donna abbia un bacino generalmente ristretto.

Nelle donne da me osservate ho potuto escludere qualunque traccia di rachitide, erano tutte e tre di statura piccola, specialmente la terza, con bacino generalmente ristretto ma non egualmente in tutti i diametri, sebbene con notevole ristrettezza anche dello stretto inferiore.

Dovendo classificare questi bacini li farei tutti appartenere alla 1.ª varietà. In tutte e tre le donne, primipare, ho trovato la piccolezza dei genitali esterni e particolarmente la terza presentava una vulva piccolissima ed una vagina che misurava appena 5 cm. di lunghezza.

Rapporto di sviluppo che del resto tutti gli autori ammettono fra il bacino ed i genitali, ed al quale ho accennato solo per debito di coscienza. È pure generalmente ammesso che in questa forma di pelvi angusta la presentazione e la posizione del feto siano normali, ed io stesso l'ho potuto controllare nelle mie donne e posso ripetere col Runge: « molto caratteristica è la disposizione che tiene la testa. La piccola fontanella si presenta bassa, come non avviene di osservare così evidentemente nelle altre sorta di bacino, la si tocca quasi nell'asse del bacino, mentre la fontanella grande resta molto alta. »

D'accordo con gli autori, ho pure notato nelle mie donne una certa inerzia primaria dell'utero, una deformità della testa fetale, per accavallamento delle ossa, più accentuato che nelle pelvi appiattite. Inoltre trovo ragionevole l'ammettere, come molti autori fanno, che il vizio generalmente nei bacini totalmente piccoli non è considerevole.

Il Runge ammette anzi che sia difficile che la coniugata misuri meno di 8 cm. ed i casi da me riferiti tornano in appoggio del suo asserto.

Infine mi associo all'idea del Freund e del Dührssen, che ammettono in questi casi il parto molto laborioso, specialmente se unito a ristrettezza di vestibolo, ma non trovo errata la sentenza del Litzmann che dichiara il pronostico per la madre, e specialmente per il feto, un po' più favorevole che nel bacino piatto.

Però non accetto questo pronostico per giusto se applicato a tutti i casi e cioè a quelli pure dove è necessario l'intervento dell'arte, specialmente l'uso del forcipe.

Riguardo alla cura e in rapporto delle indicazioni, il Morisani divide le angustie pelviche in tre gruppi: nel 1.° gruppo il diametro minore non è inferiore a 95 mm.; nel 2.° gruppo è fra 95 mm. e 67 mm.; nel 3.° gruppo è al disotto dei 67 mm. Fatta astrazione dell'ultimo gruppo, che in merito al bacino totalmente e regolarmente ristretto abbiamo veduto che non può sussistere, atteniamoci alla assistenza al parto che deve aversi alle donne con bacini che appartengono ai primi due gruppi.

« La *cura,* » dice lo Schroeder « nei punti principali deve essere di-

versa da quella che si mette in opera per il bacino piatto. La estrazione della testa posteriore al tronco è più difficile; epperò molto più di rado il rivolgimento darà un feto vivo. Qui non stanno certamente contro l'applicazione del forcipe le ragioni che stavano trattandosi del bacino piatto, però se il restringimento è considerevole è anche molto difficile di estrarre, in questo modo, illeso un bambino, *particolarmente* quando il restringimento si continui nello scavo. Si farà quindi bene a non insistere troppo col forcipe, e se capitasse che sotto questi tentativi il feto morisse conviene passare subito alla perforazione. La *perforazione,* perchè così vengono ridotti tutti i diametri della testa, è risorsa specialissima. » S' intende benissimo che questo sistema di cura sta per tutti i bacini che appartengono al 1.° gruppo e per quello del 2.° gruppo in cui la donna non sia soccorsa dal medico altro che nel momento del soprapparto.

Nè posso fare a meno di riferire ciò che ne pensa il Runge.

Questo autore scrive: « In generale l' applicazione del forcipe a testa, si intende, nello scavo, presenta maggiori pericoli che nel bacino piatto, perchè il restringimento si prolunga in basso. Ed è appunto qui che le estrazioni forzate col forcipe possono produrre gravi lacerazioni. Praticando a tempo la perforazione della testa, si gioverà la salute di tante madri. *Qui il rivolgimento preventivo* ha pochi *aderenti, perchè ad estrarre* la testa posteriore al tronco si incontra molte difficoltà. Nella gravidanza trovando una coniugata di 8,5 cm. o meno, si deve provocare il parto prematuro. »

Riassumendo quanto insegnano questi due illustri ostetrici tedeschi, che dal resto rappresentano le idee moderne che vanno per la maggiore, quando non è dato di provocare in tempo il parto prematuro o quando non ce ne sia bisogno per l' esiguità del vizio, il sistema di cura più conveniente deve dividersi in tre periodi: *a*) aspettazione, *b*) forcipe, *c*) perforazione. Invero non posso sottoscrivermi a questo modo di pensare e l'osservazione dei fatti mi fa rivelare che esiste una lacuna ingiustificata da parte degli autori, quale è quella di non aver tratto profitto e di non avere studiato le indicazioni pratiche della leva ostetrica in questo genere di viziatura pelvica.

Gli autori stessi che nei loro trattati parlano diffusamente della leva, non hanno stabilito che delle indicazioni generali di questo istrumento,

non specificando l'utilità sua in rapporto al forcipe per ciascuna forma di vizio pelvico.

Come mai non è passato per il capo a tante illustri persone di stabilire che nel bacino totalmente e regolarmente ristretto l'indicazione del forcipe è solo plausibile nei casi di leggerissima stenosi pelvica, mentre nelle mediocri e gravi la sua indicazione diveniva relativa, per lasciare il passo a quella assoluta della leva e del parto prematuro?

Considerando il particolare meccanismo del parto, il genere di viziatura che si prolunga allo stretto inferiore, il rapporto fra vizio pelvico e ristrettezza del canale vulvo-vaginale, la difficoltà di applicare il forcipe in una pelvi angusta, la sottrazione dei movimenti liberi della testa che questo implica, il grado e la lunghezza di compressione che viene con esso ad essere aumentato, la forte distensione che provoca nelle parti poco preparate, considerato tutto ciò, io posso ammettere che si applichi il forcipe nei bacini con coniugata di 95 mm. ed in quei casi speciali ove il restringimento non si continui nella parte bassa dello scavo. In tutti gli altri casi mi sembra che tutta l'indicazione sia per la leva, come per una coniugata di 85 mm. l'indicazione migliore è il parto prematuro, se fatto in tempo.

In questa forma di bacino, più che nelle altre, riescono evidenti i seguenti vantaggi della leva:

1.° La leva essendo fatta di una sola branca, e non dovendo penetrare profondamente, è di facile uso.

2.° Agisce più convenientemente secondo la direzione dell'asse pelvico.

3.° Agisce in addietro portando la compressione in organi meno importanti della vescica.

4.° Agisce senza impedire alla testa di rotare verso i diametri più larghi, perchè la comprime in un punto solo.

5.° Agisce non impedendo la testa di muoversi nel senso orizzontale, e nello stesso tempo che è in posto può essere diretta col suo morso in punti diversi.

6.° La leva è preferibile al forcipe nei casi di restringimento del diametro trasversale dello stretto inferiore e di eccessiva ristrettezza della vulva.

7.° La leva ha servito molte volte in quei casi in cui nè forcipe nè rivolgimento riuscirono, reclamando altrimenti la craniotomia.

8.° La leva serve bene anche dopo la craniotomia.

Nella prima osservazione da me riportata io fui chiamato ad assistere una donna che aveva superato l'epoca normale della gravidanza, che aveva un bacino totalmente ristretto, con un feto voluminoso e con tutto ciò, per mezzo della leva ho ottenuto di salvare tanto la vita della madre che del feto.

Se mi fossi attenuto ai consigli della scuola moderna avrei applicato il *forcipe*, con probabilità di uccidere il feto e di ledere i genitali piccoli della madre, o avrei aspettato che il feto fosse morto per passare ad un processo embriotomico.

Io trovo dunque che nei bacini totalmente e regolarmente viziati, specialmente se discretamente viziati, l'unico istrumento che abbia il diritto di supremazia nell'uso è appunto la leva ostetrica.

Una seconda lacuna trovo nello studio della indicazione del parto prematuro in rapporto alla natura del vizio pelvico. Nessun autore ho trovato, che assegni un particolare avvertimento all'uso speciale della leva in quei casi eccezionali in cui il pronto intervento dell'arte non è riuscito, mediante il parto prematuro provocato, ad impedire che necessiti una operazione complementare onde terminare un parto assai troppo laborioso.

Nessuna meraviglia riguardo ai nemici cordiali della *vectis obstetrica*, ma io riporterò alcuni brani che mostreranno come illustri uomini, difensori convinti di questo istrumento, non abbiano pensato a specificare il giusto valore nelle sue multiformi applicazioni pratiche.

Charpentier dice: « Dans ces cas, en effet, l'accouchement prématuré n'est qui une préparation pour ainsi dire à l'accouchement vrai, e l'accouchement prématuré est loin de soustraire toujour l'enfant *au forceps*, à la *perforation*, à l'*embryotomie* et à toutes les conséquences de ces opérations pour la mère et l'enfant. »

Dunque forcipe, perforazione, embriotomia e niente leva!

Hubert scrive: « Le levier est supérieur au forceps et se trouve plus spécialement indiqué: 1.° dans l'enclavement; 2.° dans la position trasversel ou postérieur du sommet et sourtout de la faces; 3.° après l'issue du tronc. »

Io troverei da aggiungere ancora la speciale indicazione della leva in certe viziature pelviche ove l'applicazione del forcipe non è razionale, come nelle pelvi totalmente e regolarmente ristrette ed il bacino cifotico, di cui ora non m' interesso.

Ed ora riporterò quanto ha riferito il nostro Morisani che diffusamente tratta della leva nel suo trattato: « Che se il travaglio sia incominciato appena, il feto sia vivo, quale sarà la condotta a seguire? Dobbiamo con Dubois ammettere una suddivisione, *a*) o il bacino lascia nel suo più piccolo diametro uno spazio tra i 95 e 82 mm. (3 1[2 pollice a 3); *b*) o lo spazio è tra 81 e 67 mm. (3 a 2 pollici 1[2).

« *a*) Nel primo caso vi è fondata speranza che il parto possa espletarsi col forcipe; bisognerà quindi insistere sull'uso dell'istrumento dopo discreta aspettazione. Ripetere l'applicazione due od anche tre volte con un'ora o due d'intervallo, procedere con delicatezza e discrezione, confidare nella riduzione che prova la testa per opera delle contrazioni uterine, e se non si riesce a compiere per tal modo il parto regolarsi secondo la circostanza; o la vitalità del feto è compromessa e si farà l'embriotomia, o no, e si taglierà la sinfisi del pube (sinfisiotomia). — *b*). Fra gli 81 e 67 mm. vi è poco a sperare dal forcipe.... » In questo passo dell'A., che fa seguito al capitolo sul decorso del parto nei bacini angusti, non si fa cenno affatto della leva e tanto meno fa una distinzione sulla scelta dell' istrumento che deve farsi a seconda della forma di viziatura pelvica.

Nella terza osservazione da me riportata, trattasi di una donna primipara di statura bassa, con un bacino totalmente regolarmente ristretto in cui la coniugata vera misurava solo 81 mm., eppure la leva ebbe l'effetto che poteva desiderarsi e che certo non poteva aspettarsi dal forcipe, causa il volume relativamente grande della testa fetale e di genitali assolutamente ristretti della donna.

Dunque rimane dimostrato all'evidenza che non solo la leva ostetrica è stata condannata ad una ingiusta dimenticanza, dalla maggioranza degli ostetrici che ad essa non prestano fede, ma che da quelli stessi che la difendono è stato trascurato di mettere, coll'appoggio di fatti clinici, in rilievo le sue particolari indicazioni, specialmente in rapporto alle viziature pelviche da me ricordate.

In appoggio delle mie vedute cliniche-pratiche non posso riportare che tre osservazioni, e convengo che son poche; ma considerata la rarità del bacino infantile, da tutti gli autori ammessa, io credo che i casi da me riferiti acquisteranno importanza, tanto più che in tutti e tre riportai, dalla applicazione della leva, esiti felici tanto per la madre che per il feto.

* * *

Volendo por fine a questa breve memoria, non voglio spingere la mia cieca fiducia per la leva fino al punto da formulare delle nuove conclusioni, che potrebbero essere alquanto premature. Mi preme solo, come ho riferito in principio, di confermare le proposizioni da me fatte nelle precedenti pubblicazioni e di portare un contributo di fatti i quali spingano ad allargare la applicazione pratica di un istrumento tanto utile quanto dimenticato.

Lo scopo ultimo de' miei studi è quello appunto *di ristaurare nell'armamentario di Lucina, non che nella coscienza degli ostetrici, il posto d'onore che si addice alla leva ostetrica.*

Tuttavia, non mi sentirei soddisfatto se ora non spingessi i colleghi a studiare sperimentalmente sul cadavere le applicazioni della leva nel bacino infantile, in confronto al forcipe, ed a ripetere l'applicazione sul vivo, tanto nei casi più comuni quanto nei casi di bacino totalmente ristretto, in cui il parto prematuro artificiale ha bisogno del sussidio di un'operazione complementare.

BIBLIOGRAFIA.

M. Runge. « Manuale di ostetricia, » tradotto dal dott. G. Rocca, Torino, 1893.

E. Hubert. « Accouchement et déontologie médicale. » Louvain, 1892.

H. Fritsch. « Traité clinique des opérations obstétricales, » traduit par le dott. J. Stas. Paris, 1892.

A. Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1890.

O. Morisani. « Manuale di ostetricia. » Napoli, 1887.

C. Schoeder. « Manuale di ostetricia, » tradotto dal dott. G. Rocca, 1883.

Oltre l'estesa letteratura citata nell' opuscolo dell'A. « La leva ostetrica » estratto dagli « Atti del Congresso medico di Siena, 1892 » (circa novanta opere).

A. Cuzzi. « Trattato di ostetricia e ginecologia, » in corso di pubblicazione.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell'Istituto suddetto.

(Continuazione e fine, vedi pag. 391).

Freund sen., come rilevasi dai particolari del caso riportato nella tabella, si allontanò dal suo processo. Stante la morte della paziente durante l'atto operativo, questo non potè essere esaurito.

Zweifel nel primo caso fece l'operazione in tre tempi: cominciò col praticare la disinserzione della vagina dal collo col termo-cauterio di Paquelin, isolò il collo con le dita, aprì lo spazio di Douglas e zaffò la vagina con garza jodoformica, compiendo il primo tempo dell'operazione. Indi fece il taglio delle pareti addominali, ed eventrato l'utero lo incise e ne estrasse il feto. Applicato un laccio elastico provvisorio sul cono cervico-uterino, assicurati i ligamenti larghi su ambo i lati e il collo al di sopra del laccio mercè legatura parziale continua (processo dell'A., vedi Cap. IV), esportò il corpo dell'utero insieme con la placenta, e poi aprì il cul di sacco vescico-uterino. Attraverso questa fenditura anteriore portò in vagina i fili delle legature del peduncolo, mentre tagliò a corto quelli dei ligamenti larghi, e dopo rinchiuse la breccia addominale, dando termine al secondo tempo dell'operazione. Rimessa la paziente nella posizione dorso-pelvica, invertito il peduncolo verso il davanti mercè trazioni sui fili, lo separò dal resto dei ligamenti larghi, previa legatura parziale continua, dopo di chè applicò un drenaggio di gomma a T nel mezzo della fessura vaginale; e così anche il 3.° tempo fu compiuto. Nel suo secondo caso Zweifel, per quanto mi è dato rilevare dalla sua comunicazione epistolare, fece invece l'operazione in due tempi, rinunziando al 1.° tempo testè descritto.

A. Martin mise in opera un nuovo processo, che poi raccomandò su vasta scala per la istero-miomectomia in generale (1), il quale consta dei seguenti tempi: celiotomia, eventrazione dell'utero, costrizione del collo, allacciatura dei ligamenti larghi, asportazione del corpo dell'utero con gli annessi, apertura del fornice vaginale posteriore agevolata dal dito di un assistente che ricaccia in alto il fornice, fissazione del margine posteriore dell'incisione verso il Douglas mercè una pinza e introduzione di una sonda nella breccia per la via vaginale da servire qui come guida. Applicazione di una serie di legature comprendenti attorno attorno i fornici vaginali e il peritoneo sulla guida del dito introdotto dall'alto nella volta vaginale, a cominciare dal fornice posteriore a venire all'anteriore (ciascun filo attraversa prima il peritoneo e la parete vaginale, poi le stesse parti, ma in senso inverso, alla distanza di circa 1 1|2 cent. dal primo tragitto, e viene in ultimo annodato sul peritoneo); isolamento del moncone dalle sue connessioni laterali ed anteriore a misura che vengono apposte le legature, impicciolimento della breccia residuale con sutura continua al catgut, drenaggio vaginale e sutura della ferita addominale.

J. Murphy, allacciati i legamenti larghi, fece un'incisione trasversale del peritoneo nel cul di sacco vescico-uterino, scollò la vescica ed aprì il fornice vaginale anteriore, poi incise il peritoneo del Douglas e aprì il fornice vaginale posteriore; asportò l'utero piazzando delle pinzette Pean sui punti sanguinanti delle pareti vaginali, dopo di che rimosse una dopo l'altra le pinze, applicò nella località delle legature con seta, lasciò peritoneo e vagina senza sutura, e dalla via del ventre introdusse in vagina un drenaggio di vetro.

Werth fece il taglio di tutta volta vaginale, scollò la vescica dal collo ed aprì il Douglas. Indi, praticata la celiotomia e il taglio cesareo, allacciò i legamenti larghi passando un laccio elastico per ogni lato attraverso la vagina e sopra il ligamento infundibolo-pelvico ed asportò il peduncolo uterino. Stirò in vagina i peduncoli dei ligamenti larghi insieme coi lacci, riempiendo in ultimo la breccia vagino-peritoneale con garza jodoformica.

---

(1) Comunic. dell'A. alla 64.ª riunione dei naturalisti e medici tedeschi in Heidelberg, settembre 1889. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, N. 40, p. 690; e « Ueber Myomoperationen, » *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk.*, Bd. XX, 1890.

Mackenrodt in tre casi (1) praticava l'operazione di Martin con leggiere varianti. Gli scopi che egli si propone di ottenere col suo processo sono di portar via in totalità il neoplasma e d'impedire la recidiva *in situ* evitando la contaminazione della ferita operatoria da parte dei prodotti cancerigni. L'operazione si compone dei seguenti atti: raschiamento delle masse cancerigne, causticazione col termo-cauterio; sutura dell'orifizio dell'utero per chiudere completamente il focolaio neoplastico; antisepsi accurata del canale vulvo-vaginale e del retto; posizione di Trendelenburg, celiotomia; pinze Richelot sui ligamenti larghi fino in vicinanza dell'inserzione della vagina sul collo per l'emostasia profilattica; legatura parziale dei ligamenti larghi al di fuori degli annessi fino all'inserzione vaginale mercè catgut, d'alto in basso, seguendo una curva a concavità esterna e avvicinandosi all'utero quanto più è possibile, per evitare la ferita degli ureteri; si debbono adoperare dei fili lunghi per potere essere portati alla vulva; taglio dei ligamenti larghi fra le pinze e le legature; allacciatura delle arterie uterine; liberazione del collo dalle sue connessioni con lo stesso tecnicismo di Martin, però procedendo d'avanti indietro; i fili dalle legature riuniti in fascio si fanno passare in vagina; si cerca di invertire in questa le superficie di taglio dei ligamenti larghi; se ciò non è possibile, si tagliano i fili a corto e si sutura il peritoneo a sopraggitto al di sopra del peduncolo vaginale e dei peduncoli dei ligamenti larghi.

Fritsch, che nel 1.° caso si atteneva al processo di Martin, nel 2.° operava a questo modo: dopo l'apertura dell'addome e l'eventrazione dell'utero, applicato un laccio elastico attorno all'istmo, aperto l'utero ed estratto il feto, previa costrizione del cingolo elastico, allacciò e recise

---

(1) Questi tre casi, venuti ulteriormente a mia conoscenza, furono tutti operati prima dell'epoca della vitalità fetale. Eccone i particolari:

1.° caso. 1. VIII. 1890. 34 anni, VIIgravida. Cancro del collo. Gravidanza al 6.° mese. Morte al 2.° giorno.

2.° caso. IVgravida. Cancro del collo. Gravidanza al 5.° mese. Guarigione. Nel febbraio 1893 la donna stava benissimo.

3.° caso. XI. 1891. 35 anni, Vgravida. Cancro molto esteso del collo, ma senza diffusione agli organi vicini. Gravidanza al 6.° mese. Guarigione operatoria. Sette mesi dopo la donna viene di nuovo operata da M. per *ileus;* si asporta tutta la parte malata (cancro) dell'intestino e si fa un ano contro natura. La parte superiore dell'intestino (duodeno) è insufficiente per servire alla nutrizione; la paziente soccombe al 7.° giorno (*Archiv f. Gynäk.*, Bd. XLIV, Hft. 3, p. 568; ed HERNANDEZ, « Traitement du cancer de l'utérus gravide. » *Annal. de Gyn.*, Août 1893, p. 93-95).

i ligamenti larghi. L' utero venne fortemente stirato in basso ed in avanti, per cui fu resa molto bene accessibile la superficie anteriore dello spazio del Douglas. Attraverso di questo si constatò di quanto il carcinoma si era diffuso alla parete vaginale posteriore. L' operatore fece un taglio trasversale 2 cm. in sotto della percepita durezza ed aprì la vagina. Passò il dito nella breccia, e sulla guida di esso con un ago ricurvo applicò delle legature, e poi procedè verso i parametrii alla stessa guisa legando e separando. Specie a destra fu costretto ad andare molto in fuori per operare sul sano. Alquanto difficile riuscì la separazione dalla vescica, a causa dell' enorme ricchezza di vasi della località. Rimosso l'utero, i fili della legatura furono passati in vagina. Si dovè rinunziare alla completa chiusura della cavità peritoneale, sia perchè circa un terzo della vagina era stato asportato e le legature arrivavano a destra rasente la linea innominata, sia perchè la superficie della ferita era irregolare. Uno zaffo di garza al jodoformio venne messo nel piccolo bacino e portato in vagina.

Jacobs nel caso comunicato da Cittadini alla Soc. ginec. di Bruxelles, operato il 20 gennaio 1892, fece l'asportazione del corpo dell' utero per la via dell'addome e del collo per la vagina. Per la via addominale furono piazzate sui ligamenti larghi delle pinze, le quali vennero lasciate nel ventre per 48 ore (1).

H. Coe, nel caso di estirpazione totale dell' utero per rottura in soprapparto, fissava il peduncolo vaginale (con un piccolo residuo di collo) all'angolo inferiore della ferita addominale, facendo il drenaggio parieto-vaginale (2).

Stocker praticava in un primo tempo l'amputazione sopra-vaginale

---

(1) Apprendo da una comunicazione epistolare del dott. Jacobs in data del 5 ottobre 1894 che egli fu l'operatore nel suddetto caso e non il Cittadini, come io affermai stando ai particolari registrati nel *Centralbl. f. Gyn.*, loco cit. Jacobs mi scrive che si servì per necessità del detto precesso, il quale non rassomiglia affatto a quello che egli adopera al presente. — Per la descrizione di questo processo leggasi la comunicazione dell'A. all' XI Congresso intern. in Roma (*Annali di Ost.*, 1894, p. 213).

(2) Questo processo di ventro-fissazione del peduncolo vaginale si trova adoperato da Blundell nei suoi esperimenti sugli animali (vedi parte storica), proposto da Köberle in caso di miomi al Congresso internazionale di Copenhagen (*Wien. med. Woch.*, 1884, N. 37), esperito da Polk in un caso di prolasso dell' utero, ed infine usato in un caso di fibroma uterino il 3. XI. 1892 da Largeau di Niort (Comunic. al Congresso francese di chirurgia, VII sessione - *Revue de Chirurgie*, 1893, p. 369 e comun. epist. dell'Op. in data del 18. VIII. 1894).

nel modo solito (allacciatura e recisione dei ligamenti larghi, costrizione dell'istmo con laccio elastico, asportazione del corpo uterino con gli annessi), ed in un secondo tempo portava via il collo *per vaginam,* come si usa fare nell'estirpazione totale della matrice per questa via.

Lannelongue traduceva in atto il processo di Guermonprez (1), che consiste: 1.° nella sezione dei due legamenti larghi, praticata lungo i margini dell'utero fra due pinze-clamp, arrestandosi a poca distanza dalle arterie uterine; 2.° nella sezione trasversale del peritoneo vescico-uterino proprio nel punto di passaggio dalla vescica sull'utero; 3.° nella separazione di questi organi per mezzo delle dita fino a sentire il labbro anteriore del muso di tinca; 4.° nell'apertura del fornice vaginale per mezzo di una semplice bottoniera praticata longitudinalmente sulla linea mediana; 5.° nella trasfissione della vagina mediante una robusta sonda scanalata in senso antero-posteriore, la quale si fa uscire nel cul di sacco del Douglas; 6.° nell'introduzione di due pinze-clamp attraverso la breccia fatta dalla sonda e nella costrizione delle due metà della vagina, assicurando così l'emostasi avanti l'exeresi; 7.° nella sezione della vagina al di sopra delle pinze e nell'allacciatura delle due superficie di sezione (comprese le arterie uterine); 8.° nell'ablazione degli annessi. Uno zaffo di garza jodoformica vien collocato in vagina.

Bossi esperiva e commendava il seguente processo: 1.° doppia legatura dei ligamenti larghi, ovvero legatura e forcipressura, ed incisione fra le allacciature e gli annessi fino all'inserzione della vagina sull'utero; 2.° taglio del peritoneo al di sotto del laccio elastico provvisorio, formandone un lembo circolare, e scollamento della sierosa con la vescica in avanti e col retto indietro fino in corrispondenza della volta vaginale spinta in alto dal dito di un assistente, perforazione di questa e dissezione della vagina dal collo. Un assistente durante questo tempo stirerà quanto più è possibile in alto la matrice, onde la discissione riesca più facile e regolare, e si possano man mano con pinze emostatiche chiudere i vasi che s'incidono. Qualora si tema emorragia, si potrà anche

---

(1) Questo A. ne faceva oggetto di due lavori letti all'Accademia di Med. di Parigi (sedute del 15 e del 22. IX. 1891), i quali furono completati in seguito da ricerche sperimentali presentate da lui e da Fernand Duval alla Società anatomo-clinica (tornata del 9. III. 1892), non che dalla tesi di lib. doc. dello stesso Duval (« De l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins. » Paris, 1892).

preventivamente fare una legatura continua della vagina e del peritoneo, trafiggendo dall' avanti all' indietro in basso, ove più non si sente lo spessore del collo, il fondo vaginale; 3.° sutura dei margini del fondo vaginale e del peritoneo soprastante (1).

Dalla descrizione dei vari processi adoperati, compresi quelli esperiti nei casi in cui non si trattò di una vera estirpazione totale come complemento di taglio cesareo, si rileva che in 16 casi fu adoperato il metodo addominale, in 2 casi il vagino-addominale, in 2 l'addomino-vaginale, in 1 il vagino-addomino-vaginale (caso 1.° di Zweifel).

Premesso ciò, volendo ricorrere al metodo addominale, la posizione da darsi all' operanda è quella stessa col bacino elevato, cui ho accennato assegnando la tecnica dell'amputazione sopravaginale. Non è necessario di elevare tanto il bacino, come è dato di fare servendosi del tavolo di Trendelenburg, col quale però è molto difficile, secondo Fritsch, di provvedere esattamente all'antisepsi del ventre. All'uopo risponde l'apparecchio di Fritsch od altro analogo, che, come dissi, si può all'occorrenza improvvisare mediante cuscini (2). La posizione di Trendelenburg fa sì che l' utero con gli annessi si elevi nell' addome, spostandosi dal bacino: in tal modo i ligamenti larghi si dispiegano e si tendono, la volta vaginale viene stirata fortemente in alto, e cessa o è grandemente scemata la difficoltà dell'apposizione delle legature e delle suture nella profondità della pelvi. Vedendosi facilmente gli ureteri, si può evitarne agevolmente la lesione. La posizione in esame è anche giovevole, perchè soventi si ha a fare con individui anemici. Possono contribuire a facilitare la opera-

---

(1) Loco cit., e comunic. epist. dell'Op. in data del 2 agosto 1894.

(2) Sullo stesso principio, vale a dire sulla elevazione del solo bacino, è fondato anche il tavolo da operazione recentemente ideato e fatto costruire dal dott. Czempin di Berlino. Secondo l'A. i vantaggi speciali del suo tavolo, che lo rendono superiore a quello di Trendelenburg, sono: l'aumento considerevole dell'inclinazione pelvica, e perciò la incidenza più diretta della luce ed il più comodo accesso al bacino. Lo spazio del Douglas rimane il punto più profondo della piccola pelvi, e quindi esso fa da recesso ai liquidi (sangue, pus) che possono versarsi durante l'operazione. La posizione dell'operatore, non essendo le gambe sollevate, è comoda tanto stando al di sopra, quanto al di sotto del bacino, donde la possibilità di tenere bene sott'occhi il campo operatorio e di operare comodamente. Sull'apparecchio di Fritsch, il tavolo di Czempin ha questo vantaggio, che il piano su cui poggia il bacino. può elevarsi ed abbassarsi a volontà, grazie ad un ingegnoso meccanismo. La paziente viene narcotizzata sul tavolo, stando abbassato il detto piano. (Ein Operationstisch fur Laparotomien [Beckenhochlagerung durch verstellbare Beckenplatte] — *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, N. 13).

zione gli speculi addominali secondo il modello dato da Fritsch (1), comprimendo le pareti addominali contro il margine superiore del bacino.

La vagina e la porzione vaginale del collo dell'utero debbono essere

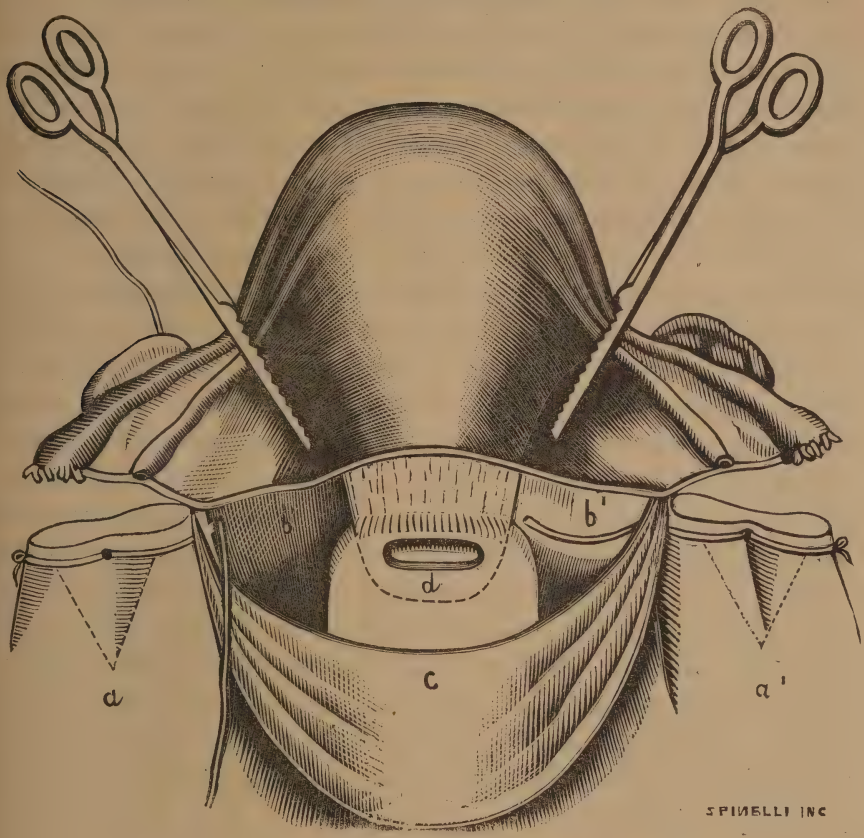


Fig. 13. — **Processo d'isterectomia totale addominale** (disegno schematico).

a a', legature che abbracciano i ligamenti infundibulo-pelvici e rotondi — *b*, porzione interna del ligamento largo non allacciata, che in *b'* lo è — *c*, lembo peritoneale anteriore rovesciato — *d*, apertura fatta nel fornice vaginale anteriore. — Nella figura si suppone la ferita cesarea.

disinfettate accuratamente, poichè l'avere in condizioni asettica le dette parti costituisce una delle condizioni più importanti pel successo.

Il manuale operatorio, cui darei la preferenza, si compone dei tempi seguenti (Vedi fig. 13.ª):

---

(1) « Bericht über die gynäk. Oper., etc., » p. 29.

1. Fatta la celiotomia ed il taglio cesareo, previa forcipressura dei ligamenti larghi mercè lunghe pinze-clamp in modo da comprendere da ciascun lato i ligamenti utero-ovarici, le trombe e i ligamenti rotondi e da giungere coi becchi quanto più è possibile vicino al collo (e ciò allo scopo di opporsi ad una emorragia dalla ferita cesarea e dalla zona d'impianto placentare e di premunirsi contro la corrente sanguigna reflua dopo la separazione degli annessi) (1), si pratica la legatura parziale continua dei ligamenti infundibolo-pelvico e rotondo su ciascun lato col processo Zweifel mercè seta intrecciata Turner; alla legatura si fa seguire la recisione fra le anse dei fili e le pinze a forcipressura. Il tratto interno del ligamento largo resta per ora senza legatura.

2. *Formazione di due lembi peritoneali.* — Taglio del peritoneo sulla superficie anteriore dell'utero 5-6 cm. al disopra del cul di sacco vescico-uterino, e sulla superficie anteriore dei ligamenti larghi fino al punto in cui sono stati recisi; scollamento del peritoneo col dito e separazione della vescica dall' utero fino a raggiungere il punto d'impianto della vagina sul collo e palpare il labbro anteriore di questo. Non è necessario di distendere con acqua la vescica per notarne i limiti onde schivarne la lesione, poichè questa si evita facilmente (2). Per rendere agevole questo tempo dell'operazione e i susseguenti, fa mestieri che un assistente stiri in alto l' utero quanto più è possibile; l' elevamento della matrice riesce facile per la recisione dei ligamenti infundibulo-pelvici e rotondi previamente fatta e per la grande cedevolezza di cui godono i tessuti pericervicali pel fatto gravidico, qualora il collo sia normale. Indi, portato l'utero in forte anteflessione, s'incide il peri-

---

(1) Io non saprei consigliare che questa forcipressura profilattica, essendo d'avviso che la definitiva debba proscriversi, qualunque sia il metodo operativo (addominale o misto), ad onta degli immensi vantaggi ad essa attribuiti dal Kocks. Le pinze, infatti, costituiscono dei corpi estranei, i quali lasciati in sito per 36-48 ore sono capaci di determinare talvolta sfaceli enormi con secrezione abbondante e consecutiva infezione; inoltre possono non riuscire ad assicurare l' emostasia perfetta, come occorse di osservare, a malgrado dei perfezionamenti subiti, e ciò qualora la porzione di tessuto compresso sia abbastanza voluminosa, o nel caso che perdano la fatta presa. Questi inconvenienti danno ragione della niuna fiducia riposta nelle medesime dalla maggioranza degli operatori anche nell' isterectomia totale cesarea.

(2) Questa pratica, raccomandata caldamente da Mackenrodt (« Beitrag zur Myomoperation nach Martin. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXI, p. 224, 1891) e più tardi anche da H. J. Boldt (*New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1893, N. 8), meno qualche eccezione, non ha trovato imitatori neppure nel campo della ginecologia. A. Martin, che l' aveva adottata, ha finito per rinunziarvi (« Trattamento del peduncolo dopo la miomotomia. » Relaz. all'XI Congr. intern. in Roma, 1894. *Ann. di Ost.*, 1894, p. 201).

toneo sulla faccia posteriore dell'organo 2-3 cm. al di sopra del fornice vaginale posteriore e sulla faccia posteriore dei ligamenti larghi, come si è praticato nella parte anteriore; si scolla la sierosa, si rompono gli attacchi utero-rettali. Nel tagliare il peritoneo avanti e indietro, bisogna tenere la giusta misura; se si taglia il peritoneo nel fondo del cul di sacco vescico-uterino ed in corrispondenza della volta vaginale indietro, si corre il rischio di avere una notevole tensione dei lembi a cucitura finita. In un caso analogo Chrobak (1) dovette utilizzare la sierosa dell'intestino. Se si fanno dei lembi troppo lunghi, si va incontro all'altro pericolo della mortificazione della sierosa, sottratta come è in parte al suo sostrato nutritizio.

3. Stando sempre l'utero fortemente sollevato in alto, si completa su ambo i lati la legatura parziale continua del ligamento largo, applicando due nuove anse di filo di seta. Queste abbracciano il resto del ligamento largo, che in questo tratto per la formazione dei lembi peritoneali si trova privato della sierosa, e rasentano la volta vaginale; sono destinate ad assicurare le arterie uterine. Grazie allo stiramento in alto dell'utero, viene scongiurato il pericolo di comprendere in queste legature l'uretere. Si finiscono di tagliare i ligamenti larghi fino a rasentare l'utero.

4. *Taglio della vagina ed asportazione dell' utero.* — Mercè una pinza si solleva in plica la parete anteriore della vagina, quanto più è possibile vicino all'impianto di questa sull'utero, e si tagliano i tessuti vaginali col bisturi fino ad aprire il canale. All' uopo non è necessario introdurre nella vagina nè la sonda uterina, nè altro strumento, come quelli ideati da Bardenheuer (2), Eastman (3), Chrobak (4), Stone (5), allo scopo di avere una guida per l'incisione sollevando il fornice; neppure è necessario di far introdurre il dito di un assistente in vagina: in tutte le operazioni meno si ricorre a speciali istrumenti, meglio è; è poi condotta più prudente di rinunziare all' aiuto del dito in vagina

---

(1) « Zur Extirpatio uteri myomatosi abdominalis. » *Centr. f. Gyn.*, 1891, N. 9, p. 170-1.

(2) O. Thelen. « Die Totalextirpation des Uterus wegen Fibroid » 1881.

(3) « Studies and Methods in Supra-pubic Hysterectomy. » *The North American Practitioner*, September 1893. — L'A. aveva già presentato questo strumento al Congr. intern. di Berlino, 1890, dimostrando il suo processo.

(4) Loco cit.

(5) « A new hysterectomy staff. » *Amer. Jonrn. of Obst.*, 1893, p. 407-8 e 698, dove ne è riportata la figura.

per evitare una possibile infezione dall'esterno. Qui bastano la vista, con la quale è dato notare con sufficiente esattezza il sito d'impianto della vagina sull'utero, e il tatto con cui si può ben percepire il livello cui arriva il labbro anteriore del collo. Se la piccola apertura nella vagina si fosse praticata per sbaglio abbastanza lontana dal fornice, della qual cosa l'operatore si può accorgere introducendo nell'occhiello un dito e portandolo in alto, è miglior partito rifare l'incisione nel sito dovuto, suturando la prima apertura, anzichè tagliare a livello di questa la vagina, perciocchè ciò produrrebbe l'inconveniente, capitato in qualche caso nel campo ginecologico, di accorciare più o meno la vagina. Fatta la bottoniera, si prolunga l'incisione con le forbici da un lato all'altro in senso trasversale per tutta l'estensione del fornice anteriore, applicando delle pinzette a forcipressura sui punti sanguinanti; sempre tagliando con le forbici rasente la porzione vaginale, e afferrando con pinzette i punti sanguinanti si recidono gli attacchi vaginali laterali, avendo cura di rispettare i fili delle due allacciature che costeggiano la volta vaginale; ed infine si separa con le forbici la parte posteriore della vagina dal collo, provvedendo egualmente all'emostasi; e con la rimozione di quest'ultimo legame l'utero è portato via in totalità. Previa allacciatura, si rimuovono le pinzette emostatiche.

5. Per premunirsi maggiormente contro il pericolo dell'emorragia, è utile fare anche qui la legatura isolata sulla superficie di taglio delle grosse bocche vascolari beanti.

6. *Sutura della breccia vaginale.* — Ecco il processo cui io darei la preferenza: l'ago armato di un lungo filo di seta od anche di catgut si infigge nella parete vaginale posteriore a 5-6 mm. dal margine esterno della superficie di taglio del canale (Fig. 14, *a*), attraverso gli strati connettivale e muscolare della vagina ed esce rasente il margine suddetto (*b*), passa quindi al di sopra dell'apertura vaginale, penetra nella spessezza della parete vaginale anteriore in tutta vicinanza dell'orlo esterno della superficie di sezione (*c*), attraversa gli strati connettivale e muscolare, e fuoriesce a 5-6 mm. dall'orlo predetto (*d*). È indifferente che il primo punto della sutura sia applicato sull'estremo destro o sinistro della soluzione di continuità. Con questa sutura a sopraggitto le superficie di taglio della vagina vengono portate a mutuo contatto. Io trovo che tra gli operatori di parto cesareo soltanto il Bossi ha fatto la sutura della

vagina; nel campo ginecologico vi sono alcuni che ne fanno ammeno deliberatamente (Stimson, Mann, Edebohls, Gordon, Brettauer, Chrobak, Fritsch, Ferrari), ed altri che ne sono fautori (Morisani, Calderini, Novaro, Caselli, Inverardi, Turazza, Boldt, Janvrin, ecc.). Io mi schiero con questi ultimi. L'argomento che adducono i primi è che la vagina, lasciata aperta, costituisce un drenaggio naturale dei secreti che si accumulano tra il suo estremo superiore e il peritoneo suturato, i quali molto facilmente darebbero luogo, qualora ritenuti, ad un processo infettivo: ed a maggior garantia i medesimi operatori applicano un drenaggio di gomma o di garza al jodoformio. Or quando si è fatta un'accurata disinfezione della vagina prima dell'operazione, quando durante questa si è proceduto asetticamente, anche ammesso che nello spazio tra peritoneo suturato di sopra e vagina chiusa di sotto si accumuli un poco di siero sanguigno, se questo è asettico, presto o tardi si assorbirà senza disturbare menomamente il decorso della guarigione, come si deve supporre sia avvenuto nel caso di Bossi e negli altri d'isterectomia totale, nei quali fu praticata la doppia sutura della vagina e della sierosa. E del resto, se si sospettasse con fondamento una ritenzione di secreto, la quale fosse causa di elevazione termica, sarebbe sempre facile, seguendo il consiglio di Janvrin (1), di riaprire la vagina per far uscire il liquido e di disinfettare la località senza tema di

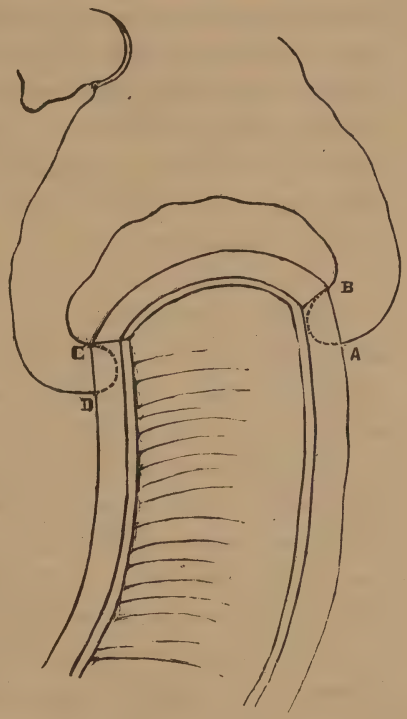


Fig. 14. — **Processo di sutura della vagina** (disegno schematico).

Sezione antero-posteriore del canale vaginale. *a, b, c, d,* filo che attraversa gli strati connettivale e muscolare delle pareti vaginali.

(1) *New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1893, August, p. 682.

recar nocumento all'operata, essendosi già verificata l'adesione delle lamine sierose, e quindi la chiusura della cavità peritoneale. Se invece non si può fare assegnamento su di una vagina ben disinfettata, è il caso di trasandare la sutura vaginale, perciocchè nello spazio vagino-peritoneale accumulandosi del secreto si hanno le condizioni favorevoli per l'attecchimento dei germi; in questo caso la vagina lasciata aperta senz'altro, ovvero una striscia di garza al jodoformio messa nel canale vaginale, agiscono da drenaggio naturale o artificiale. Oltre a ciò, non suturando la vagina, dopo la guarigione resta nello sfondo vaginale un *locus minoris resistentiae* che potrebbe favorire l'insorgere di un'ernia vaginale. Infine la sutura della vagina è un procedimento che si avvicina dippiù all'ideale chirurgico, perchè lascia le parti nel modo che più si accosta alla condizione in cui erano prima.

7. *Cucitura dei lembi peritoneali.* — Si pratica a punti staccati o a sopraggitto con filo di catgut, riunendo in superficie le due lamine peritoneali a partire da un ligamento infundibolo-pelvico all'altro, in guisa che restino interamente coperti di sierosa i peduncoli dei ligamenti larghi e il vaginale, e ad operazione finita non si veda che la linea di sutura nel fondo della pelvi. La cucitura del peritoneo anche al di sopra dei peduncoli dei ligamenti larghi ha per iscopo, come fu accennato a proposito del governo sub-peritoneale del moncone, di non lasciare nel fondo della pelvi superficie scabre che potrebbero essere causa di aderenze e di eventuale ostruzione intestinale. Sull'importanza di questa pratica, trattando dell'estirpazione totale addominale dell'utero miomatoso, hanno insistito specialmente gli operatori americani (Krug, Polk, Edebohls, ecc.).

In casi di mioma, a sviluppo intraligamentoso, complicante la gravidanza, nei quali l'estirpazione totale addominale è forse indicata a preferenza di qualunque altro metodo, si renda libero l'utero attorno attorno fino al ligamento che abbraccia il tumore, si apra il ligamento, si enuclei il tumore, indi si faccia subire all'utero col tumore una torsione intorno al suo asse: in tal modo, secondo Mackenrodt (1), si guadagna spazio in modo sorprendente. Residuando grandi spazi « morti »

---

(1) Loco cit. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXI, p. 233, 1891.

cruentati, si zaffino con garza (1) e si suturino al disopra le due lamine peritoneali, facendo uscire l'estremo della striscia di garza dalla vagina, ovvero dall'angolo inferiore della ferita addominale, a seconda che l'operatore giudica più opportuno.

Il processo, che consiste nel fissare il peduncolo vaginale nell'angolo inferiore della ferita addominale, non merita di essere adoperato per i motivi addotti contro la ventro-fissazione del peduncolo uterino; che anzi qui i fenomeni di stiramento e compressione sarebbero maggiori.

Il trattamento consecutivo dopo l'estirpazione totale addominale non differisce per nulla da quello che si pone in opera dopo l'amputazione sopra-vaginale, del quale innanzi feci parola.

Volendo far ricorso al metodo misto vagino-addominale, previa accurata disinfezione della vagina e della cervice, si abbassi a fior di vulva, mercè pinze Schröder o Martin, il collo dell'utero, si taglino gli attacchi vagino-uterini, si distacchi il collo dalla vescica e si separino i legami utero-rettali, aprendo possibilmente i cul di sacchi peritoneali; indi si allaccino le arterie uterine e si recidano quanto più si può in alto i legamenti larghi. Questo metodo, che non sempre sarebbe dato praticare, rendendo rapida la successiva asportazione dell'utero per via addominale, potrebbe avere lo scopo di prevenire l'insorgere dello *shock*. Ma si rifletta, che, a parte la difficoltà che può incontrarsi nel portare bene il collo dell'utero a fior di vulva, data la grande cedevolezza di cui godono i tessuti pericervicali e quindi la facilità di separare dalla via del ventre il collo dalle parti limitrofe, non è necessario di agevolare l'operazione addominale ricorrendo all'operazione vaginale descritta, la quale perciò non farebbe che arrecare una inutile complicazione. Mi pare adunque che il metodo vagino-addominale non possa trovare in caso di parto cesareo la sua applicazione.

Dovendo infine adoperare il metodo misto addomino-vaginale, si potrebbe preferire il seguente processo: celiotomia, taglio cesareo previa applicazione delle pinze a forcipressura ai lati dell'utero nel modo de-

---

(1) È preferibile servirsi della garza semplice asettica e non di quella generalmente commendata al jodoformio, per mettersi al coverto da una possibile intossicazione.

scritto, allacciatura dei ligamenti infundibulo-pelvici e rotondi, formazione dei due lembi peritoneali e scollamento del collo in avanti dalla vescica e indietro dal retto senza aprire i fornici vaginali, legatura parziale continua provvisoria del collo, amputazione sopra-vaginale, sutura del peritoneo al di sopra dei peduncoli dei ligamenti larghi e dell'utero, sutura delle pareti addominali. Situata poi la paziente come per l'estirpazione dell'utero *per vaginam*, previa applicazione di valve vaginali (la vagina trovasi già accuratamente disinfettata), prolasso artificiale e disinserzione della vagina dal collo, scollamento di questo dai tessuti limitrofi non ancora dissecati, allacciatura delle arterie uterine, asportazione del collo. Siccome questo metodo addomino-vaginale è destinato a trovar la sua applicazione nei casi d'infezione della vagina o della cervice, è condotta prudente di non suturare lo sfondo vaginale e di applicare in vagina un drenaggio di garza al jodoformio.

Di questi tre metodi operativi (1), l'addominale è il preferibile in via generale, come quello che rispetta maggiormente le esigenze dell'asepsi e subordinatamente è anche di durata minore. Degli altri due metodi, scartato il vagino-addominale, non rimane che l'addomino-vaginale per speciali indicazioni.

Contro l'estirpazione totale addominale dopo il parto cesareo si potrebbero portare in campo su per giù gli stessi argomenti che sono stati addotti per combattere la medesima operazione nei casi di mioma nel campo ginecologico, quali:

1.° la difficoltà dell'atto operativo;

2.° la lunga durata di esso;

3.° la facilità dell'infezione del cavo peritoneale in seguito all'apertura della vagina;

4.° il residuare di una vagina accorciata e deforme;

5.° la facile disposizione al prolasso e alle ernie vaginali (entero-cisto-rettocele).

1.° Non si può revocare in dubbio che l'estirpazione totale addo-

(1) Non tengo conto del metodo che ho denominato vagino-addomino-vaginale, perchè crea una inutile complicazione ed accresce i pericoli dell'atto operativo.

minale dopo il taglio cesareo sia un'operazione piuttosto difficile, ma questo non è un argomento valevole per rifiutarla. Chi è pratico della chirurgia addominale supererà facilmente le difficoltà inerenti all'atto operativo. Però io non saprei consigliare l'operazione ai principianti: questi dovranno preoccuparsi più di salvare la paziente, anzi che dell'ideale operatorio, per cui sarebbe lecito che ricorrano all'operazione soltanto nei casi d'indicazione assoluta.

2.° La durata piuttosto lunga dell'operazione è conseguenza delle difficoltà. Essa però non può essere tale, in generale, da compromettere la salute della donna, quando l'operazione venga praticata da persone che conoscono perfettamente tutti gli accorgimenti dell'arte. Eppoi è questione di esercizio, e a furia di fare di queste operazioni, una volta generalizzato il metodo, la durata dell'operazione sarà la medesima, se non minore, che nei casi in cui si ha a confezionare il peduncolo uterino.

3.° Quando la vagina è stata accuratamente disinfettata e si è giunti a renderla asettica, non si corre il rischio nell'aprirla d'inoculare germi nella cavità peritoneale. Che se vi ha infezione, per cui, a malgrado di un'accurata antisepsi, non sia dato contare su di un canale vaginale asettico, non è lecito di fare l'estirpazione totale dell'utero dalla via dell'addome, ma è miglior partito ricorrere al metodo misto addomino-vaginale.

4.° Se si seguono esattamente le norme da me assegnate pel taglio e la cucitura della vagina, non rimane, come suppongono Baer (1) e Baldy (2), una vagina accorciata e deforme, e la donna potrà esercitare il coito senza alcuna molestia, al pari di prima (3).

5.° L'obbiezione, infine, che pel fatto dell'asportazione del moncone uterino si venga a distruggere « la chiave dell'arco della pelvi », favorendosi così il prolasso e le ernie vaginali, secondo affermano Baer,

---

(1) Loco cit. *Amer. Journ. of Obst.*, 1892, Oct., p. 491-92.

(2) *Amer Journ. of Obst.*, 1893, 2.° semestre, p. 703.

(3) A questo proposito forse potrebbe venire in mente a qualcuno l'idea che, privando la donna della porzione vaginale del collo, si venga ad annullare la sede delle sensazioni durante il coito. Però questa idea va rigettata, perchè, pure ammettendo che la detta sensazione risieda nella porzione vaginale, questa per l'involuzione atrofica cui andrebbe incontro, in seguito allo strozzamento prodotto dalle allacciature nei tessuti del collo lasciato in sito, non mi pare possa esser in grado di funzionare regolarmente. Del resto l'esperienza clinica comparativa potrebbe addurre un responso definitivo in proposito.

Goffe, ecc., ha un valore teorico, poichè praticamente non sussiste. La esperienza acquistata su di un gran numero di casi di isterectomia totale *per vaginam* ha dimostrato che non si verificano i supposti inconvenienti (Krug (1), Boldt (2), ecc.); ed arrogi che la ferita vaginale può esser più accuratamente suturata e più facilmente aderire nell'estirpazione totale addominale che nella vaginale.

Come si vede, ci è dato ribattere uno ad uno tutti gli argomenti che potrebbero addursi avverso l'isterectomia totale dopo il taglio cesareo. Oramai anche qui deve imporsi la convinzione, che la conservazione del peduncolo uterino nello stato attuale della scienza e della pratica non ha più ragione di essere. Infatti non si può disconoscere che anche col trattamento sub-peritoneale del moncone, di cui ho dato innanzi la descrizione, sussista, benchè in proporzioni minime, il pericolo della necrosi. Alla osservazione del Baer (3), che potrebbe rifarsi qui, che con l'estirpazione totale si lasciano in sito non un moncone, ma diversi con tutte le loro possibili conseguenze, è lecito rispondere, che i monconi che possono rimanere sulla breccia vaginale in seguito all'allacciatura dei punti sanguinanti, sono sempre, riuniti insieme, di un volume di gran lunga minore del peduncolo uterino. È appunto in seguito all'abbandono di questo moncone nel ventre che la convalescenza può essere disturbata, mentre, se dobbiamo credere a quanto affermano A. Martin, Mackenrodt, Chrobak, Fritsch ed altri, il decorso post-operatorio dopo l'estirpazione totale raggiunge l'ideale. Inoltre il peduncolo uterino può essere anche sorgente di pericoli remoti, potendo andare incontro ad una delle varie degenerazioni così comuni nella tarda età. Il Mann, per esempio, cita il caso di una donna da lui operata, la quale a seguito dell'asportazione di un tumore ovarico e del corpo dell'utero, circa sei mesi dopo l'operazione morì per cancro del pezzo di cervice rimasto (4).

---

(1) *New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1892, January.

(2) Comunic. alla Amer. gyn. Soc., May 16-18, 1893. *New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1893, N. 8.

(3) Loco cit.

(4) Comunic. dell'Op. alla Amer. gyn. Soc. etc., vedi discussione in *New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1893, N. 8. — Contro l'estirpazione totale, dopo quanto la medesima ha in suo favore, non può aver peso nella bilancia la ragione addotta dal Caselli (Comunic. alla Soc. ital. di Chirurgia, 1893, *Rif. med.*, volume IV, p. 321), che cioè col lasciare un po' di utero in sito si potrà avere qualche accenno di mestruazione, il quale rialza il morale della donna ed impedisce le psicopatie così frequenti.

Con la soppressione del moncone vengono a svanire i predetti pericoli, e verrebbe a cessare anche qui per sempre la quistione del governo extra ed intraperitoneale.

Conchiudendo, l'estirpazione totale dell'utero dopo il taglio cesareo deve essere considerata come l'ideale dei metodi, riunendo i vantaggi del trattamento extra ed intraperitoneale, mentre ne evita gli inconvenienti. Benchè i risultati statistici, che con essa si sono avuti finora, non sieno molto incoraggianti, è lecito predire che qui si avranno gli stessi splendidi risultati che si sono conseguiti con la medesima nel campo ginecologico (3). Per cui mi piace conchiudere con le stesse parole che

---

(3) Anche per l'isterectomia totale addominale o mista per miomi, i risultati statistici, a principio non tanto buoni, sono andati man mano migliorando fino a divenire buonissimi. Veramente brillanti sono poi le statistiche di alcuni operatori (Eastman, Pean, Polk, Chrobak, Machenrodt, Novaro, Carle, Lennander, Mann, ecc.). All'*unico scopo* di corroborare quanto ho detto qui sopra, e di incoraggiare gli operatori di parto cesareo ad esperire l'estirpazione totale, credo opportuno di dare qui una statistica il più possibilmente completa dei casi d'isterectomia totale per miomi finora occorsi. Vero è che questi casi non sono identici a quelli oggetto di questo capitolo, purtuttavolta hanno con essi molta analogia. Per dare una statistica più comprensiva ho riunito in unica tabella i vari casi, qualunque sia stato il metodo adoperato.

Quadro d'isterectomie totali per mioma (metodo addominale e misto).

Operatore e località	Numero delle operaz.	Morti	Metodo	Notizia bibliografica
Acconci (Torino) . . .	3	—	addominale	Comunic. epist. dell'Op. in data del 7. VIII. 1894.
Bardenheuer (Köln) . .	7	1	vag. addom.	*Centralbl. f. Gyn.*, 1881, N. 22.
Bastianelli (Roma) . .	2	—	addominale	*Bull. della Soc. Lancisiana*, seduta VIII.ª 21. V. 1892.
Bergesio (Torino) . . .	3	—	»	In: Spinelli, « Contributo alla chirurgia dei fibro-miomi, ecc. » *Giorn. int. delle sc. med.*, 1893.
Boldt (New-York) . . .	39	10	»	Comunic. epist. dell'Op. in data del 18. IX. 1894.
Bossi (Genova)	5	2	»	Comunic. epist. dell'Op. in data del 2. VIII, 1894.
Calderini (Parma) . .	3	2	»	*Ann. di Ost.*, 1894, p. 214, e comun. epist. del dott. Pozzoli.
Carle (Torino)	20	—	»	*Ann. di Ost.*, 1894, p. 214.
Ceci (Genova)	5	2	addom. e vag. add.	*Il Policlinico*, 15 luglio 1894.
Chaput (Paris)	8	—	vag. addom.	*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1894, Nr. 2.
Chiarleoni (Catania) . .	3	—	addom. e vag. add.	Marchesi, *Gazz. degli Ospitali*, 1893, Nr. 113, e *Rass. d'Ost. e Gin.*, 1894.

il Fritsch pronunziava al Congresso di Berlino a proposito della isterectomia addominale per mioma: « io ritengo per metodo dell' avve-

Operatore e località	Numero delle operaz.	Morti	Metodo	Notizia bibliografica
Chrobak e discepoli (Wien)	29	2	addominale	*Centralbl. f. Gyn.*, 1894, Nr. 2.
Cosentino (Palermo) . .	1	1	»	In: Spinelli, loco cit.
Cragin (New-York) . .	2	—	»	*New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, May 1892.
Crofford (Memphis, Tenn)	1	—	»	*Amer. Journ. of Obst.*, 1889, I, p. 500-3.
Currier (New-York) . .	6	—	»	Comunic. epist. dell' Op. in data del 23. VIII. 1894.
Czerny (Heidelberg) . .	5	1	»	E. v. Meyer, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXVII, Hft. 2, 1893.
D'Antona (Napoli) . . .	11	2	»	Comunic. orale del dott. Gangitano.
Delagénière (Mans) . .	10	1	»	*Arch. prov. de chir.*, 1894, N. 6 e 7.
Doyen (Reims)	14	1	»	*Revue de Chir.*, p. 358.
Eastman (Indianopolis) .	67	5	»	Comunic. epist. dell' Op. in data del 17. VIII. 1894.
Ferrari (Bergamo) . .	2	—	»	*Il Policlinico*, 15 gennaio 1894.
Fochier (Lyon) . . .	1	—	»	Tellier, *Prov. méd. et Gaz. des Hôp. de Toulouse*, 28. I. 1894.
Fritsch (Breslau) . . .	7	—	»	Bericht etc.... e *Deutsch. med. Woch.*, 1893, No. 46.
Gersuny (Wien) . . .	33	6	»	Comunic. epist. dei dott. Wickhoff e Doranth, assistenti dell'Op. — Tra i detti casi ne è compreso uno in cui fu lasciato in sito un piccolo pezzo di collo.
Goullioud (Lion) . . .	2	1	addom. vag. e add.	*La Médicine moderne*, 8 Aprile 1893
Guermonprez (Lille) . .	3	2	addominale	Camelot, *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, August 1892.
Hall (Cincinnati) . . .	7	—	»	Eastman, *North Amer. Practitioner*, Sept. 1893.
Herzfeld (Wien) . . .	1	—	»	*Centralbl. für Gyn.*, 1892, No. 10.
Hue (Rouen)	3	1	addom. vag.	*Revue de Chir.*, 1893, p. 364.
Inverardi (Padova) . .	8	3	addominale	In: Spinelli, loco cit.
Jacobs (Bruxelles) . . .	21	1	vag. addom.	Comunic. epist. dell'Op.
Janvrin (New-York) . .	1	—	addominale	*New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1893, Nr. 8.
Krug (New-York) . . .	6	1	»	*New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, 1892, p. 13-23.
Largeau (Niort) . . .	2	1	»	Comunic. epist. dell' Op. in data del 18. VIII. 1894. Non ho tenuto conto del caso innanzi citato, in cui l'Op. fissò il peduncolo vagin. all'angolo inferiore della ferita addominale.
Lennander (Upsala) . .	16	—	»	*Centralbl. für Gyn.*, 1893, No. 36.
Mackenrodt (Berlin) . .	21	1	»	Comunic. epist. dell'Op. in data degli 11. VIII. 1894.
Mangiagalli (Milano) .	1	1	»	« Il trattamento del peduncolo nella istero-miomectomia. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1894, p. 183.
Mann (Buffalo)	15	1	»	*Amer. Journ. of Obst.*, 1893, II, p. 151.

nire non l'extraperitoneale, non l'intraperitoneale, ma l'estirpazione totale » (1).

Operatore e località	Numero delle operaz.	Morti	Metodo	Notizia bibliografica
Martin (Berlin)	123	19	addominale	*Annali di Ost.*, aprile 1894.
Monari (Bologna) . . .	7	—	»	Comun. epist. del dott. U. Monari in data del 10. IX. 1894.
Morisani (Napoli) . . .	5	3	»	In: Lauro « Le laparotomie eseguite nel triennio scolastico 1891-93. » *Archivio di Ost. e Gin.*, 1894.
Mo (Torino)	5	2	?	In: Spinelli, loco cit.
Noble (Philadelphia) . .	1	—	vag. addom.	*Intern. Med. Magazine*, Dec. 1893.
Novaro (Bologna) . . .	26	3	addominale	Comun. epist. del dott. U. Monari.
v. Ott (St. Petersburg) .	1	—	vag. addom.	*Wratsch*, 1891, p. 373.
Pean (Paris)	50	1	addom. vag.	*Revue de Chirurgie*, 1893, p. 356.
Petrovic	2	—	addominale	*Allg. wien. med. Zeitung*, 1892.
Pfannenstiel (Breslau)	1	—	»	*Deutsch. med. Woch.*, 1893, No. 46.
Polk (New-York) . . .	42	2	»	Currier, *Amer. Journ. of Obst.*, January 1894.
Pryor (New-York) . . .	1	1	»	*The New-York Journ. of Gyn and Obst.*, February 1893.
Reynier (Paris)	1	1	addom. vag.	*Revue de Chir.*, 1893, p. 362.
Reverdin (Geneve) . .	2	—	addominale	Ibid., p. 366.
Rouffart (Bruxelles) . .	9	1	add. vag. e vag. add.	Ibid., p. 367 8.
Routier (Paris)	6	3	addom. vag.	Ibid., p. 367.
Salin (Stockholm) . . .	1	—	»	*Hygiea*, 1890, Nr. 10.
Schwartz (Paris) . . .	1	—	addom. vag.	*Revue de Chir.*, 1893, p. 367.
Smyly (Dublin)	5	1	»	*Brit. med. Journ.*, 29 aprile 1893.
Stimson (New-York) . .	6	—	addominale	Comunic. epist. dell'Op. in data del 21. VIII. 1894.
Stone (Washington) . .	4	—	»	Comunic. epist. dell'Op. in data del 21. VIII. 1864.
Szuman	2	—	»	*Przeglad chirurgiezni*, tom. I, fascicolo IV, 1894.
Tibone-Carbonelli (Tor.)	1	—	?	In: Spinelli, loco cit.
Tipjakoff (Saratow) . .	1	—	addominale	*Central. für Gynäk.*, 1892, No. 42.
Treub (Leyden)	2	1	addom. e vag. add.	Comunic. epist. dell'Op. in data del 9. X. 1894.
Tricomi (Padova) . . .	3	1	vag. addom.	In: Spinelli, loco cit.
Turazza (Monselice) . .	1	—	addominale	*Riv. di Ost. e Gin.*, 1891, No. 31.
Zinke (Cincinnati) . . .	1	—	»	*Amer. Journ. of Obst.*, aprile 1894.

Sono in tutto 704 casi con la mortalità complessiva lorda del 12.5 0[0.

(1) « Ueber Myomoperationen. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, Beilage, p. 60.

Indicazioni.

Dando uno sguardo alla tabella degli 11 casi di estirpazione totale dell'utero come presidio di taglio cesareo si rileva, che 8 furono operati per cancro del collo uterino, 1 per mioma in complicanza col morbo di Bright, 1 per osteomalacia, 1 senza premeditazione sul diagnostico errato di gravidanza tubo-ovarica e sulla falsa credenza che il sacco contenente il feto non fosse la matrice (osserv. di Warren). Mettendo da banda quest'ultimo caso, chiaro si scorge come l'operazione sia stata di *necessità* (*indicazione assoluta*) nei casi di cancro del collo ed in quello di mioma cervicale, e di *elezione* (*indicazione relativa*) nel caso di osteomalacia. Io mi occuperò brevemente di queste due indicazioni.

1.° Indicazione di necessità:

a) *Cancro della cervice.* Ad onta che su 8 operazioni siensi avute 5 morti, purchè il cancro sia limitato alla porzione vaginale, l'operazione è pienamente giustificata (1), che anzi deve essere considerata come il trattamento ideale. Imperocchè essa si propone di guarire radicalmente la paziente, e offre un pronostico più favorevole, *quoad valetudinem,* che non l'estirpazione totale per vagina fatta in puerperio. È noto infatti che il carcinoma cresce in modo rapido non pure durante la gravidanza, ma anche e più specialmente in puerperio; i processi puerperali favoriscono il farsi strada delle cellule cancerigne nelle vie linfatiche. Aspettando di operare alcune settimane dopo il parto, per lo più si giunge troppo tardi per evitare una recidiva. Quando poi la neoplasia sia diffusa ai parametrii, è un errore ricorrere all'estirpazione totale, qualunque sia il metodo; in siffatte contingenze questa operazione, senza dubbio molto più grave del taglio cesareo conservatore e dell'amputazione utero-ovarica con la ventro-fissazione del moncone, non offre probabilità per la guarigione definitiva della paziente. Esaminando i vari casi alla stregua di questi criterii, bisogna dire che l'operazione non era giustificata nelle osservazioni di Freund e Fritsch, laddove lo era in quella di Werth. Qualunque sia la forma del cancro, con o senza tendenza al disfacimento,

(1) Nei casi di diffusione limitata del neoplasma alla vagina potrebbe ancora tentarsi l'operazione, facendo una resezione del detto canale.

fa mestieri preferire il metodo addomino-vaginale (1), per non trasportare il cancro attraverso la cavità addominale, e perchè si può dalla via della vagina sotto il controllo degli occhi separare più sicuramente la parte malata dalla sana (Zweifel, Stocker). Allo scopo di evitare le recidive da inoculazione è utile, prima di procedere all'operazione, di rendere inoffensivo il carcinoma, giusta i consigli del Winter (2), raschiando le masse neoplastiche sotto una corrente di soluzione di sublimato, disinfettando la superficie del cancro con soluzione alcoolica di sublimato (1[2 0[0) e cauterizzando la detta superficie col Paquelin. Indi si disinfetta accuratissimamente il canale vagino-vulvare, liberandolo dalle particelle di cancro che ancora vi si trovano; l'operatore e gli assistenti tornano a disinfettarsi diligentemente le mani, e tutti gli strumenti adoperati vengono messi da banda.

b) Mioma cervicale. Il lasciare in sito il mioma della cervice, il quale ha reclamato il parto cesareo, limitandosi a fare l'amputazione sopravaginale dell'utero, chirurgicamente è un non senso, e può essere sorgente di gravi conseguenze prossime, come dissi, e remote, a causa dello ulteriore crescimento e delle eventuali metamorfosi del tumore. Il metodo operatorio a preferire è l'addominale, previa diligente disinfezione della vagina e della porzione vaginale del collo.

A queste due indicazioni è lecito aggiungerne una terza:

c) Infezione del collo uterino con maltrattamento più o meno notevole dei suoi tessuti. Ho detto innanzi, come per lo più in seguito a lunga durata del soprapparto, a tentativi di liberazione manuali e strumentali, il processo settico si sviluppi a preferenza nel tessuto del collo e nelle sue vicinanze. In questi casi l'asportazione soltanto del corpo dell'utero non costituisce una terapia razionale, poichè lascia in sito la fonte principale dell'infezione, il collo. L'estirpazione totale, asportando questo, mette la donna nelle condizioni più favorevoli per la guarigione. È preferibile il metodo addomino-vaginale per non inoculare la cavità peri-

---

(1) Secondo Doyen (« Deux procédés d'hystérect. abdominale et vaginale, etc. » *Arch. prov. de chir.*, 2e Edit., Paris, 1893, p. 61), Pean nel 1886 e 1887, Lister, Bouilly nel 1890, avrebbero operato anche con questo metodo. Doyen (loco cit.) nel 1887 fece l'amputazione sopra-vaginale e l'asportazione de collo per la vagina in un caso di cancro complicante la gravidanza all'8.° mese. Mancandomi ulteriori particolari di questi casi, mi son limitato a darne qui un semplice cenno.

(2) « Ueber die Recidive der Uteruskrebses insbesondere ueber Impfrecidive. » *Zeit. f. Geb. und Gyn.* Bd. XXVII, Hft. 1, 1893, p. 158.

toneale con i prodotti del collo infetto. Però fa mestieri che lo stato generale della paziente non sia grave (1) a segno da far temere che l'operata soccomba in breve ora per *shock;* se la paziente è esausta, è meglio fare l'amputazione sopra-vaginale col trattamento esterno del moncone, sussidiata dal drenaggio cervico-vaginale (2).

2.° Indicazione di elezione. Questa viene in quistione nei casi nei quali il collo è completamente sano (emorragia infrenabile *ex atonia uteri* a seguito del taglio cesareo conservatore, stenosi od atresia della vagina, tumori dello scavo, osteomalacia, per coloro che ancora preferiscono in tale contingenza l'operazione Porro, ecc.). Sempre che lo stato generale della paziente lo permetta, in base alle considerazioni dinnanzi svolte non parmi possa rifiutarsi anche qui l'estirpazione totale; però, tenuto conto che raramente occorre di fare l'operazione Porro per le suddette indicazioni, e che si può avere a fare non di rado con individui in condizioni generali sfavorevoli, preveggo che solo raramente sarà dato di praticare per elezione l'estirpazione totale dell'utero dopo il taglio cesareo.

---

(1) Per verità ciò era stato già riconosciuto da Sänger nella classica monografia più volte citata (« Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen, » p. 190); però lo stesso A. era di avviso, che la gravezza dello stato generale e la circostanza che l'atto operativo non può essere asettico vietano l'estirpazione totale, per cui, secondo il suo modo di vedere di allora, non rimaneva in questi casi altra risorsa che il taglio cesareo conservatore in connubio con la sutura utero-parietale, da praticarsi quello e questa col suo processo (Loco cit., p. 195-6).

(2) Un'altra indicazione di necessità dell'estirpazione totale dell' utero, che però esce dai limiti del mio lavoro per le ragioni addotte innanzi, si ha nelle rotture complete della matrice in soprapparto, quando con l'amputazione sopra-vaginale non sia dato rimuovere tutta la parte lacerata, o, con altre parole, quando la lacerazione occupi la maggior parte del collo e si estenda ai cul di sacchi peritoneali. Nei casi non infetti l'operazione si farebbe tutta dalla via addominale, in caso contrario in parte dalla via addominale in parte dalla vaginale, lasciando aperta la vagina e drenandola con garza al jodoformio. Innanzi citai solo il caso di H. Coe. Ve ne sono però 2 altri:

W. H. Krajewski (Varsavia). 1892. 31 anni. In soprapparto da 6 giorni. Feto idrocefalico, macerato, passato in totalità nella cavità addominale. Rottura della parete posteriore dell'utero e del ligamento largo del lato sinistro estesa fino al fornice. Nella breccia vaginale si colloca un sacchetto di garza jodoformica alla Mikulicz, i cui estremi si fanno fuoriuscire dall'angolo inferiore della ferita addominale; zaffo della vagina parimenti con garza al jodoformio. La convalescenza fu lunga, a causa della fistola vagino-addominale, conseguenza dell'applicazione del sacco di Mikulicz. (*Przeglad chirurgiczni*, tom. I, 1893).

J. Gromadski (Varsavia). 17. XII. 1892. 33 anni, multipara. Rottura del collo uterino dal lato sinistro e del canale vaginale nel fornice anteriore, provocata probabilmente dalla levatrice. Feto passato interamente nel cavo addominale, morto. Estirpazione totale addominale. Guarigione. (Comunic. epist. dell'Op. in data del 22. IX. 1894).

TRADUZIONI

F. VERCHÈRE. — L'uretrite blenorragica cronica nella donna (1)

TRADUZIONE DEL DOTT. CARLO DECIO

Annales de Gynécologie et Obstétrique, Tome XLI, 1894
Février et Mars.

Frequenza della uretrite. — Dopo l'utero, l'uretra è la prediletta sede della blenorragia cronica nella donna. E questa verità, contro la quale al giorno d'oggi nessuno più muove alcun dubbio, fu per lungo tempo sconosciuta, nè da tutti accettata, cosicchè Swediaur, Cullerier, Langlebert consideravano tale affezione assai rara. Martin e Belhomme sopra 1607 pazienti ricoverate all'Ospedale di Saint-Lazare nell'anno 1859, dicevano di non aver trovato che 112 donne colpite dalla blenorragia dell'uretra. Parimenti a Vienna Wiebert sopra 175 casi di blenorragia muliebre non riconobbe che 29 volte la localizzazione uretrale. Tuttavia si possono trovare delle spiegazioni le quali permettono di comprendere il disaccordo di tali cifre con quelle di altri autori, come Bell, Ricord, Guérin, Rollet, Bumstead, Chéron, Fournier, Jullien, i quali coincidono a riguardare l'uretrite nella donna come la lesione più frequente della infezione blenorragica. Fournier, citato da Jullien, col materiale fornitogli dai registri dell'Ospitale Lourcine, potè raccogliere le seguenti cifre:

Sopra 434 donne affette da blenorragia, trovò:

Vaginite	176	cioè a dire 262 uretriti sopra un totale di 434 malate.
Uretrite	150	
Vulvite	22	
Uretro-vaginite	81	
Vulvo-uretrite	5	
	434	

Ciò che contribuì a far credere l'uretrite una affezione rara, fu questo, e cioè che gli autori non considerarono come tale che la uretrite acuta, passando come

(1) Estratto dalla « Blénorrhagie chez la femme. » 2.° vol., collect. Charcot-Debove in corso di stampa.

inosservata la forma cronica; e quest'ultima per verità può essere facilmente dissimulata, nè vi è ragazza, che, superata la fase acuta, pur conservando uno scolo cronico, non sappia dissimularlo anche all'occhio del medico il più sagace. Bisogna quindi esaminare queste ammalate senza permettere loro alcuna precauzione, prenderle alla sprovvista, e prima ch'esse abbiano potuto prepararsi; solo in questo modo ci persuaderemo della estrema frequenza della blenorragia uretrale.

Chéron crede che il rapporto fra l'uretrite acuta e la cronica sia di uno a cinque; noi crediamo tal cifra ancora troppo bassa, avendo io avuto occasione di visitare, tempi sono, un discreto numero di donne arrestate, senza ch'esse fossero prevenute della visita che dovevano subire, e tenute d'occhio assai rigorosamente, sopra 20, 15 almeno avevano lo scolo in atto, o portavano i segni di antico, ma non ispento contagio.

Infatti la ricerca dello scolo, è per sè stessa una manovra delicata, e basta un nonnulla per farlo scomparire momentaneamente; per quanto un osservatore che l'abbia constatato può metterlo in evidenza dopo pochi minuti. Spesse volte non si tratta che di una goccia di pus più o meno concreto, tenace, nascosto nelle ripiegature dell'uretra, e che una volta eliminato esige che passino parecchie ore acciò che novellamente si riproduca. E questa scarsa produzione di pus ci spiega come per l'uomo il contagio sia molto meno frequente, di quanto a tutta prima potrebbe sembrare, pensando allo straordinario numero di meretrici costantemente affette da scolo uretrale.

L'uretrite blenorragica può figurare sola, oppure esser accompagnata da altre manifestazioni; spesso può rimanere sola senza contagiare le parti circostanti; in questo caso può considerarsi come inoculata direttamente nell'atto del coito, uretrite da inoculazione, che può a sua volta essere acuta, ma spesso è primitivamente cronica. Può essere secondaria, consecutiva ad una vulvite, ad una vaginite; Jullien crede che il meccanesimo più frequente della uretrite sia appunto la inoculazione del pus dalla vagina all'uretra; io non sono di questo avviso; la statistica soltanto ci potrebbe illuminare, ma questa, per ovvie ragioni, è impossibile di raccogliere.

L'uretrite cronica può anche essere il reliquato di una forma primitivamente generale di blenorragia genitale, e la malata al momento scevra di localizzazioni vulvari e vaginali, può aver superata la vulvite e la vaginite inconsapevolmente e perciò può accadere di credere in essa una uretrite primitiva, ciò che invece non è che una forma secondaria.

Ed anche le statistiche basate sulle diagnosi delle ricoverate all'Ospedale di Saint-Lazare non possono portare luce su questa questione, poichè sono diagnosi incomplete; in esse viene notata solo una lesione che giustifichi l'accettazione della paziente, e tutte le concomitanze sono passate sotto silenzio. Così una donna

può avere una uretrite e delle manifestazioni di sifilide, mucose, e passare soltanto come affetta da sifilide — mentre essa dovrebbe figurare altresì fra le blenorragiche — ed altri esempi potrei ancora citare. Aggiungerò che l'uretrite è malattia che le donne sanno e possono meglio di ogni altra nascondere, e che alcune pazienti inviate nella mia sala per altre ragioni, possono rimanervi per 2 o 3 giorni dal loro ingresso senza che mi sia permesso di scoprire la goccia rivelatrice.

Martineau è pure della mia opinione, cioè che sopra due mila casi e più, *non ha osservato mai la mancanza della uretrite, se contemporaneamente esisteva una vaginite od una vulvite blenorragica.*

Nella donna la uretrite blenorragica può occupare due sedi diverse separatamente e simultaneamente. L'uretrite vera occupa il canale dell'uretra dall'orificio fino a 2[3 del canale, la preuretrite ha sede nelle ghiandole che circondano il meato.

Preuretrite blenorragica. — Descritta da Guérin, De Sinety e sopratutto *assai bene illustrata* da Martineau e da' suoi discepoli Boutin, Guedenay, Lormand, Hamonic, s'annida in quelle piccole ghiandole che già da tempo furono descritte dall'Astruc, come facenti parte del gruppo dei follicoli della vulva. Queste per la loro situazione e sopratutto per la loro patologia speciale meritano una descrizione particolareggiata. Il loro volume è quello di una piccola capocchia di spillo, i loro orifici sono circolari, le ghiandole sono o sferiche od ovali; uno strato cellulare le riveste, formando come una specie di guscio o capsula, la quale ipertrofizzandosi può in certi casi diventare assai resistente se sede di una flogosi cronica. Da ciascun condotto escretore si diramano delle divisioni che terminano in uno o più otricoli, ineguali, irregolari e spesso bernoccoluti. Talora questi culi di sacco possono essere distesi e trasformati in cisti per obliterazione del condotto escretore. I canali escretori sono tappezzati da un epitelio prismatico, il quale a livello dei culi di sacco assume i caratteri dell'epitelio pavimentoso. Le cellule epiteliali sono addossate ad una tunica amorfa, circondata da uno strato esterno cellulo-fibroso, che costituisce come una guaina esterna della ghiandola.

Quando queste ghiandole sono colte dalla blenorragia, si può constatare un aumento di consistenza nello stesso follicolo; se la ghiandola è peduncolata, premendola colle dita si sente nel suo spessore un piccolo corpo rotondeggiante più consistente, il quale al tatto dà la sensazione di un pallino di piombo sotto-mucoso. Tuttavia di rado la preuretrite determina, a livello dell'orificio ghiandolare, la comparsa di una colorazione più viva; solo si potrebbe dire che la mucosa è quivi più arrossata, e vi si può notare un alone vascolare già da me osservato nella follicolite vulvare. Il solo segno caratteristico, sul quale amo insistere, è la presenza di pus nella cavità della ghiandola, pus che non si mostra, o solo in via affatto eccezionale, poichè è d'uopo cercarlo artificialmente. Basta premere il follicolo fra

le dita, il che riesce facile se la ghiandoletta è peduncolata, un po' meno se è sessile, e praticare una pressione dolce, progressiva, dal cul di sacco verso l'orificio, senza comprimere quest'ultimo; e ciò è importante, poichè si verrebbe a disperdere la gocciolina di pus fra le dita. Bisogna, allorchè si pratica la pressione, cercare di tener beante l'orificio con una specie di divaricamento dei bordi, provocati dalle dita, indi guardare nell' interno del follicolo. In allora compare un punto bianco, o bianco-giallastro che occupa il piccolo cratere; ciò è sufficiente per affermare la blenorragia. È inutile cercare di estrarre completamente la gocciolina, talora anche ciò riesce impossibile, e non è che con una lavatura praticata con una piccolissima siringa, un vero ago, che noi potremo riuscire nell' intento.

Praticando tale lavatura, il pus non si riproduce che nel periodo di alcuni giorni.

Il decorso della preuretrite è essenzialmente cronico, nè dà luogo a sintomi speciali; la donna ne ignora la esistenza, a meno che non ne sia prevenuta, poichè non dà nè bruciore nè dolore, nè scolo sufficiente da poter essere constatato sulla biancheria. È una lesione che solo può constatare il medico, e con un attento esame, il quale può essere di somma importanza, poichè la preuretrite può essere causa di molte blenorragie maschili, e passata inosservata tale preuretrite condusse più volte alcuni medici a rilasciare certificati d' integrità a donne, che realmente erano responsabili della inoculazione onde venivano accusate.

E talora residuando come unica manifestazione di una blenorragia che si crede vinta, potè passare inosservata e portare a delle tristi conseguenze ed a errori di diagnosi. Il lento e latente decorso della preuretrite tuttavia non è costante, e talora, benchè assai di rado, furono osservate dei veri risvegli di acutizzazione. Per l' influenza di una eccitazione locale ignorata, uno di questi follicoli s' infiamma, il cellulare che circonda il dotto ghiandolare partecipa a tale processo ed ha luogo il pus; si costituisce un vero ascessuolo il cui pus tende a farsi strada all'esterno, e l'apertura potrà accadere a livello della mucosa del vestibolo, dando luogo ad una vera fistola cieca, di lunga durata. « Ma se il pus non trova strada attraverso a queste lacune può insinuarsi nell'uretra o nella vagina. » (Astruc). Io non ho mai osservato questo modo di comportarsi del pus, e mi limito solo a farne cenno.

Una terminazione meno rara è la produzione di una fistola follicolo-vestibolare o peri-uretrale (Martineau). In tal caso il pus si apre una via più o meno lontana dal naturale orifizio del follicolo, lasciando come un ponte tra esso e l' orificio accidentale, ed è possibile, in taluni casi, di passare uno stiletto, il quale verso la parte media del tragitto incontra una specie di cavità, che non è altro che la sede dell'ascesso primitivo. La piccola fistola non ha alcuna tendenza alla guarigione spontanea, e può durare per lunghi anni.

Infine Lormand (*France Médicale,* 1893) ha descritto una varietà di fistola ve-

stibulo-uretrale, in cui il pus usciva dall'orificio dell'uretra colla pressione, ed anche da due follicoli peri-uretrali. Asciugando il liquido mano mano che usciva, si vide che il follicolo di destra non ne dava più, il sinistro invece continuava a darne come pure l'uretra. Con una siringa di Anel con soluzione di permanganato di potassa introdotta nell'orificio assai facilmente, si vide che premendo lo stantuffo il liquido colorato usciva dall'uretra, dall'opposto lato invece ciò non accadde. Nel tragitto fistoloso un sottile stiletto di argento penetrò 15 millimetri, e mantenendolo in posto, essendo dall'uretra introdotto uno specillo olivare, ad un centimetro e mezzo dall'orificio, urtò contro lo stiletto.

Queste manovre possono mostrare il tragitto e l'estensione della fistola dovuta alla formazione ed all'apertura anormale degli ascessuoli da preuretrite. In certi casi si trovava l'orifizio del follicolo eroso, e per lo più ulcerato in una piccola estensione, l'ulcerazione è circolare, grigiastra, a bordi netti e quasi sempre intrisa di pus. Bisogna por mente a non confondere queste piccole erosioni superficiali con le ulceri molli od indurite; la guarigione rapida dietro una cura appropriata permetterà una diagnosi facile nella maggior parte dei casi.

La cura della preuretrite vuol essere nettamente radicale. Ed anzitutto bisogna tener presente che queste piccole, ma profonde lesioni sono difficilmente accessibili ai medicamenti che noi possiamo mettere loro a contatto; è sommamente difficile il far penetrare dei liquidi in quelle profonde lacune, e di più l'intonaco purulento che ne tappezza le pareti, si oppone al reale contatto dei liquidi. Fu proposto di far penetrare qualche goccia di soluzione di cloruro di zinco concentrato, di permanganato di potassa, d'acido fenico colla siringa di Anel, ed io stesso indarno ho tentato qualche cura colla soluzione di bicloruro di mercurio, nè a miglior risultato mi condussero le cauterizzazioni col nitrato d'argento.

Il solo trattamento efficace si riassume nella *distruzione stessa del follicolo.*

L'escisione del follicolo, metodo facile e rapido allorchè la ghiandola preuretrale è nettamente peduncolata, può riuscire un po' meno semplice nel caso contrario. Nel primo caso basta afferrare con una pinza la caruncoletta, indi con un rapido colpo di forbice escidere tutta la plica mucosa; nella maggior parte dei casi saremo obbligati a togliere i due follicoli, e se la malata non mostra eccessivi segni di sofferenza potremo poi dare un punto di sutura superficiale allo scopo di affrettare la cicatrizzazione, ciò del resto non è necessario se non nei casi in cui l'escisione è seguita da uno gemizio sanguigno un po' abbondante. Noi ricorreremo a questo metodo che ci ha sempre dato i migliori risultati, anche nei casi di fistole complete od incomplete. Iniettando una o due goccie di cocaina a livello del picciuolo, si può attenuare assai il dolore provocato dal tagliente delle forbici. Bisognerà sollevare una vera piega di mucosa in cui sia compreso il follicolo e sezionarla alla sua base; con questo metodo sarà bene far seguire di poi il punto di sutura.

Se la paziente poi si sgomentasse all' idea di una incisione benchè minima, si può ricorrere ad un processo meno doloroso in apparenza, e che sgomenta meno, cioè la cauterizzazione attuale. Il termocauterio ha però degli inconvenienti, i quali hanno fatto abbandonare l'uso di questo istrumento; cioè le punte, anche le più sottili, sono sempre troppo grosse, e non possono penetrare nell'orificio, e per lo meno fino al culo di sacco ghiandolare, per cui la distruzione riesce incompleta, e conseguentemente inefficace; di più siamo obbligati ad introdurre la punta incandescente, e per quanto coraggiosa sia la paziente, in quell' istante è difficile ch'essa non si muova, il che rende difficile all'operatore l'esatta applicazione della punta nell'orificio ghiandolare.

Il galvano-cauterio non ha questo inconveniente, e le punte di platino possono essere sottili quanto il bisogno il richiegga, ed essere altresì introdotte a freddo, rigorosamente a contatto di tutta la parete ghiandolare prima che il circuito sia chiuso. La rapidità poi della cauterizzazione rende il suo impiego poco doloroso e perfettamente sopportabile senza anestesia.

Per tali ragioni il galvano-cauterio mi sembra il processo di elezione; la medicazione consecutiva è estremamente semplice, un po' di polvere isolante, jodoformio, acido borico, od un pochino di cotone che si rinnova due volte al giorno, e lavature specialmente dopo il mitto, ecco quanto si richiede per la cicatrizzazione, la quale si compie in pochi giorni. Nè vi è a temere alcuna complicazione; tanto la escisione come la cauterizzazione limitata non avranno alcuna influenza sul diametro dell' orificio uretrale.

Uretrite cronica propriamente detta. — È dessa caratterizzata da uno scolo di pus blenorragico dall' orificio uretrale, ed in generale è primitivamente cronica, oppure è la costante successione di una uretrite acuta abbandonata a sè medesima. Per lo più è primitiva, cioè a dire il risultato di una inoculazione, ma può essere secondaria ad una vulvite, o ad una preuretrite.

L'uretra sembrava guarita da una blenorragia anteriore, tutto sembrava tornato alla norma, ma la suppurazione dei follicoli preuretrali era passata inosservata, e ciò bastò per una reinoculazione dell'uretra la quale venne a subire una seconda vera uretrite acuta. Questa origine della blenorragia uretrale recidivante, sulla quale non si è insistito a sufficienza, spiega gli insuccessi delle cure più appropriate, e conferma questa legge generale, nella terapeutica della blenorragia, che se si vuol ottenere una reale guarigione è d'uopo prendere di mira simultaneamente e completamente tutte le localizzazioni blenorragiche.

L'uretrite può occupare tutta la lunghezza dell'uretra femminile, ma è talora limitata a certe regioni e perciò a giusta ragione si distinse la *uretrite anteriore* (esterna di Guérin), e la *totale*, cioè occupante tutta la estensione del canale dalla parte anteriore fino alla parte profonda.

Nella uretrite anteriore il pus blenorragico si localizza nelle lacune ghiandolari che occupano il contorno del meato e l'orificio dell'uretra. Queste ghiandole, da 16 a 20, furono paragonate alle lacune del Morgagni dell' uretra maschile. La mucosa, colle sue pieghe forma a questo livello delle vere lacune, dando luogo a veri canali diretti obliquamente, terminati con piccoli orifizi circolari, stretti, regolari, più o meno regolarmente disposti ai lati dell'orificio.

Questi piccoli condotti occupano altresì la parete inferiore dell'uretra; quivi sono in maggior numero, e quivi il posto ove è d'uopo cercarlli. Tali condotti, secondo alcuni autori, terminano con vere ghiandole racemose; secondo altri essi sarebbero semplici pliche mucose senza elementi ghiandolari.

Questa regione allo stato normale è color roseo grigiastro, ma allorchè avvi blenorragia si scorge assumere una viva tinta rossa durante il periodo acuto, che poi sbiadisce rapidamente, ma non torna mai più allo stato normale. Talora vi si notano delle piccole salienze più o meno elevate a questo livello, determinate dal sollevamento della mucosa gonfiata, e mascherante le cripte, laonde il meato uretrale assume un aspetto caratteristico. Allorchè lo si stira dai lati, invece di aprirsi e di divenir beante, si scorge il suo lume obliterato dalle pieghe irregolari della mucosa che sembra mostrare tendenza a far ernia. In certi casi però la mucosa conserva il suo aspetto normale, e la blenorragia può passare inavvertita se non si pratichino delle attentissime ricerche.

I sintomi obbiettivi di questa blenorragia non esistono, il che si può dire che accade anche per le altre localizzazioni blenorragiche nella donna, poichè nè alcuna molestia nè alcun dolore viene ad indicare l'esistenza dello scolo, che è così poco abbondante che neppure meriterebbe tal nome. Il pus che si nasconde nelle pliche mucose non si può nè far uscire nè vedere. Per fare ciò bisogna servirsi dello speculum dell'uretra, dilatare lievemente sollevando la parete superiore dell'uretra, e lateralmente comprimendo col pollice e coll' indice tutta la parete inferiore. Allora si possono scorgere abbastanza chiaramente 2, 3, 4 o più orifici da cui fa capolino una goccia di pus bianco cremoso, tenace, aderente. L' uso dello speculum mette meglio in evidenza la presenza del pus, ma perchè attraverso all'orificio si mostri la caratteristica goccetta, basterà lo attirare un pochino le labbra del meato e praticare la pressione suaccennata. Questa blenorragia eminentemente cronica è assai ostinata e può durare per anni ed anni senza modificarsi, rendendo così la donna nel frattempo capace di contaminare quanti con essa si espongano a carnali amplessi.

L'uretrite posteriore non esiste isolata come l' anteriore, poichè quest' ultima l'accompagna inevitabilmente, e così trovasi conclamata la forma propriamente detta di *blenorragia totale dell' uretra.*

Rilevasi questa per la presenza della gocciolina purulenta facile ad ottenersi

allorchè essa esiste, ma l'uretrite diviene irreperibile se la donna ebbe cura di sopprimerla. I mezzi coi quali le donne possono celare la presenza della blenorragia sono identici a quelli di cui si vale il medico per iscoprire la goccia; basta introdurre il dito in vagina e poi esercitare una pressione sulla faccia posteriore del pube e poi ritirare dolcemente il dito in avanti, così facendo il dito spinge avanti a sè la piccola gocciolina di pus che viene a far capolino al meato. È in questo momento che si può riconoscere se l'uretrite è totale; al pus più o meno liquido della uretrite posteriore viene ad aggiungersi senza mescolarvisi il pus denso della uretrite anteriore follicolare, il quale si appalesa sotto la forma di alcune piccole goccioline disseminate nel pus scovato dalla profondità dell' uretra.

Una volta che dall'uretra siasi spremuto il pus, è impossibile di averne subito un'altra goccia; così pure se la paziente ha appena orinato, nulla rivela la malattia da cui è affetta.

Abbastanza nota è la storia del Brasiliano, curato da Gosselin, storia che ci mostra tutta la difficoltà che si può incontrare per iscoprire questo pus; il malato era affetto da una uretrite blenorragica, e la donna che l' aveva originata negava ogni sua colpabilità. Gosselin aveva più volte esaminata la vulva, l' uretra, ma la malata aveva saputo stornare ogni ricerca, e non fu che sorprendendola a letto di buon mattino ed improvvisamente, che fu possibile trovare la gocciolina, che Gosselin potè mostrare con trionfo.

Questi fatti sono comuni e noi li vediamo ogni giorno, ma io volli citare l'omai classico caso di Gosselin, per provare la necessità di una esplorazione attenta, ripetuta, e fatta sopratutto nelle condizioni che la possono rendere efficace. L'uretrite cronica può durare indefinitamente, la persistenza o la virulenza del pus uretrale fu dimostrata per contagi avvenuti dopo 3 anni.

Senza sintomi rivelatori nella più parte dei casi, possono sopravvenire degli accidenti locali infiammatori, per influenza di eccitazioni diverse (eccesso del coito, traumatismo, bevande), cosicchè all'andamento cronico viene momentaneamente sostituito un andamento acuto o sub-acuto.

In altri casi possono formarsi delle vere tasche purulenti che possono presentare due differenti aspetti, cioè uretrali, vale a dire che il pus si raccoglie senza formare esterna sporgenza, e si vuota nell'uretra per larga apertura, oppure producono la formazione di un vero tumore della parete anteriore della vagina cui fu impropriamente dato il nome di *uretrocele vaginale.*

La prima forma, *uretrite con dilatazione semplice* del canale si riconosce colla pressione della parete inferiore dell' uretra. Quando si ritira il dito, secondo la classica manovra, si segue per un certo qual tempo il canale dell' uretra senza ottenere il pus in notevole quantità, quando ad un dato punto (che per esplorazioni ripetute si può constatare essere sempre il medesimo) schizza dal meato una con-

siderevole quantità di pus giallastro, cremoso, tenace, e ripetendo per due o tre volte la stessa manovra, si può riuscire a svuotare completamente la saccoccia formata per la dilatazione uretrale. Esaminando la vagina non vi si trova alcuna salienza, ed anche col sondaggio non si hanno sensazioni positive. Dopo aver evacuato il pus, si può col tatto sentire un indurimento generale delle pareti del canale che indica lo spessore delle sue pareti. Il pus generalmente non è mescolato colle urine e talora esaminando la paziente dopo il mitto si può trovare ancora il pus in discreta abbondanza.

Ciò pure accade nell'*uretrocele vaginale*. Questa forma, che io preferirei chiamare *uretrite sacciforme*, per distinguerla dai diversi uretroceli postumi a traumatismi, parti, ecc., fu studiata da Duplay, da Piedpremier, da Brinon, Martineau, Terrillon e recentemente dal mio amico e coscienziosissimo collega dott. Ozenne.

Conservando il nome di uretrocele vaginale, Ozenne considera tale lesione in generale e la ritiene come succedanea ad una cisti suppurata della parete vaginale apertasi nell'uretra. Ma questa patogenesi mi sembra assai differente, e nei casi che io ebbi campo di osservare nel mio esercizio, in due anni che la mia attenzione è rivolta su tali fatti, io ho sempre visto la lesione susseguire ad una blenorragia uretrale, cioè a dire seguendo un cammino uretro-vaginale, inverso a quella che suolsi credere comunemente, cioè vagino-uretrale. Io con ciò non voglio negare l'eziologia cistica di certi casi, ed io stesso ne vidi uno prodursi sotto i miei occhi, in cui, da lungo tempo, io sapeva essere la paziente affetta da piccola cisti della parete vaginale anteriore. La cisti suppurò, io non so per qual causa, s'aperse nell'uretra dando luogo ad un uretrocele. Questi casi debbono essere ritenuti come l'origine delle fistole, ma posso affermare che l'ascesso fistoloso prominente in vagina ed aperto nell'uretra non è un fatto eccezionale; l'uretrite con dilatazione è assai probabilmente al suo esordio, e per lo meno può essere considerata come un primo grado di uretrite sacciforme.

Il pus a poco a poco si apre un cammino nella mucosa uretrale erosa, la flogosi guadagna il connettivo sottomucoso, e si costituisce una cavità nella quale il pus ristagna comunicando coll'uretra per un'apertura più o meno grande. In certi casi si può ammettere, ed io ciò potei osservare, che la periuretrite ha origine da una linfangite, come fu da taluni tentato di dimostrare pei piccoli ascessi peri-uretrali nell'uomo. Così nato un ascesso linfangitico peri-uretrale, può aprirsi nell'uretra. Comunque sia, bisogna ritenere che il pus di tali uretriti è blenorragico, e come tale è necessario di guarire la malattia.

I sintomi iniziali della uretrite sacciforme sono variabili, ora acuti, coi consueti caratteri prodromici dell'ascesso, dolore, tensione, disuria, lieve febbre, ora invece l'ascesso si forma lentamente e progressivamente ad insaputa della paziente. Ciò che la spinge a farsi visitare è la comparsa della protuberanza in vagina.

Questa osservasi sulla parete vaginale anteriore, che solleva, e può persino far capolino alla vulva. Di volume variabile è per lo più grossa come una nocciuola; Martineau e Terrillon tuttavia ne osservarono casi in cui la tumescenza era grossa come un uovo di gallina, ed arrivava a 5 cent. dal collo uterino. In tali casi la tumescenza viene a sporgere fra le piccole labbra. Colla pressione, di rado dolorosa, si può sgorgare dall'uretra una quantità di pus proporzionale al volume della tumescenza, ed il cateterismo permette alla sonda di penetrare in vescica senza essere ostacolata dai bordi della saccoccia. Come fu detto, nel mitto non vi ha mescolanza di pus coll'orina. Per esplorare la saccoccia, come insegna Ozenne, bisogna servirsi di una sonda scanellata curva, inclinarla verso la parete inferiore dell' uretra, e seguirla dolcemente. Allora si potrà sentire il bordo della cavità, nella quale la sonda sarà arrestata, ed il dito introdotto in vagina sentirà a sua volta il becco del catetere a ridosso della faccia profonda della mucosa vaginale. Se invece il catetere è introdotto in vescica, esplorando la paziente si ha una sensazione tutt' affatto differente; esso è percettibile in tutta la estensione dell' uretra, fuorchè a livello della tumescenza.

Chirurgica dovrà essere la cura della uretrite sacciforme.

Newmann ed altri avrebbero ottenuto qualche successo anche col trattamento medico, che consiste in lavature uretrali e della tasca purulenta con soluzioni antisettiche, lavature vaginali, e con cauterizzazioni di nitrato di argento della membrana che tappezza la tasca, ma ciò non ostante la più parte degli autori raccomanda l'intervento chirurgico.

Come anestesia può bastare la locale colla cocaina. Taluni preferiscono il metodo incruento (Lannelongue, Duplay) ed impiegano o il termo-cauterio od il galvano-cauterio (Chéron), altri invece preferiscono il metodo cruento.

Col termo-cauterio incidesi puramente la saccoccia, e la guarigione si fa per granulazioni. Col galvano-cauterio si punge la sacca con una estremità dell' ansa di platino, che si fa uscire dal meato, indi reso incandescente il filo si seziona la parete posteriore dell'uretra fino al meato stesso.

Diversi sono i processi cruenti. Duplay e Trélat incidono la sacca longitudinalmente e talora tentano la prima intenzione con sutura. Terrillon agisce ugualmente, ma pratica per di più una scrupolosa pulizia della sacca, che egli in un caso levò nella metà inferiore, indi incisa la membrana che tappezzava la faccia esterna, ricostituì l'uretra con alcuni punti di sutura. Così pure operò l' Ozenne, e ne rimase sempre contento, ed io pure mi ebbi sempre a lodare di questo metodo, ogni qual volta mi si presentò l'occasione di metterlo in pratica.

Secondo l'evoluzione anatomo-patologica l'uretrite cronica può presentare diverse varietà. Lo scolo non costituisce da solo l'entità morbosa; ma bisogna altresì distinguere alcune alterazioni che l'infezione blenorragica imprime alla mucosa del-

l'uretra. Queste possono ridursi a due che si incontrano più o meno frequentemente: l'*uretrite proliferante* e l'*uretrite fibrosa.*

L'*uretrite proliferante* ha per carattere la produzione di rilevatezze polipose che occupano una gran parte del calibro dell'uretra impiantate sulla mucosa, e spesso sulla parete inferiore del canale presentano una colorazione rossa più o meno viva, e sono assai irregolari; ora rigonfiate in massa alla loro estremità, ora munite di lungo e sottile picciuolo, ora appiattite e formanti delle vere creste con bordi frangiati. Queste rilevatezze sono indipendenti le une dalle altre, ma pel loro numero nel piccolo spazio del lume uretrale si addossano e si comprimono al punto da celare alla vista il vero lume del canale. Talora fanno capolino all'esterno od escono addirittura dall'orificio e si riconoscono pel risalto della loro colorazione. L'uretra così dilatata può raggiungere 10 o 15 millimetri di diametro.

In questa varietà di uretrite lo scolo non è più abbondante che nella forma cronica semplice, e per metterlo in evidenza bisogna fare la solita pressione dall'interno all'esterno; in allora il pus si rileva fra i meandri delle rilevatezze sopra accennate.

Appena avvertiti sono i sintomi funzionali, poichè nessun disturbo è ingenerato dalla presenza delle neoproduzioni, il piscio è normale, nè provoca alcun dolore. Ma non sempre le cose stanno in questi termini, poichè talora si osservano vere uretrorragie, non pericolose per sè, ma che spaventano non di poco le pazienti. Le vegetazioni intrauretrali danno sangue con estrema facilità, e basta un semplice contatto con uno strumento qualsiasi per iniziare uno stillicidio sanguigno che può durare per parecchio tempo.

Un inconveniente di questa forma proliferante è quello di recare talune volte l'incontinenza, e ciò per un meccanismo facile ad indovinarsi.

Io ne vidi due casi. Le rilevatezze, potendo occupare tutta la lunghezza dall'uretra fino a livello del collo vescicale, può accadere che la loro presenza ostacoli l'occlusione vescicale, e di qui l'uscita continua dell'urina. La sola ablazione delle vegetazioni fu capace ne' miei due casi di por fine a questa incontinenza.

La diagnosi in generale è facile, poichè basta constatare la presenza delle vegetazioni. La quale spesso si accuserà spontaneamente, poichè le vegetazioni che riempiono l'uretra spesso fanno ernia dal meato; e col tatto sentiremo altresì sulla faccia anteriore della vagina l'uretra ingrossata come un vero cordoncino che sfuggirà sotto le nostre dita.

La durata è lunga, nè la malattia ha alcuna tendenza alla spontanea guarigione: le vegetazioni poi mantengono l'uretra in istato da essere facilmente soggetta ad infezione, il pus può annidarsi nelle anfrattuosità originate dall'avvicinamento dei polipi, e mantenere la coltura blenorragica. Oltre alla già da me accennata incontinenza, come complicazione può sopravvenire ad oscurare il pronostico, la cistite del collo, coi sintomi di tenesmo, di dolori, ecc.

Semplice è la natura di queste produzioni intra-uretrali. A mio avviso non debbono considerarsi come caratteristiche della blenoragia; nella grande maggioranza dei casi sono una conseguenza della blenorragia, ma non sono per sè stesse intimamente blenorragiche. Poichè esse si producono nella stessa guisa colla quale si produrrebbero in seguito a qualunque irritazione della mucosa. « *Allorchè una causa patologica qualsiasi imprime all' elemento anatomico una forza impulsiva, che lo eccita subitamente a riprendere la propria evoluzione embrionaria, giammai regolare è questo lavoro evolutivo, giammai metodico od identico al normale: poichè quivi e rapido, esagerato invece di essere lento ed appena accusato. Da ciò risultano nuove funzioni differenti le une dalle altre, alcune delle quali offrono una attività considerevole, e tali altre per converso presentano al minimo questa forma evolutiva anormale.* » (Hamonic). Esse, in una parola, sono un risultato del pervertimento nutritizio della mucosa uretrale esercitata dalla presenza del gonococco.

La struttura di queste vegetazioni è analoga a quella che Hamonic ha dato circa le produzioni della flogosi proliferante del retto; esso sono tappezzate da un epitelio analogo a quello della mucosa uretrale, sotto ad essa si scorgono delle vere papille o semplici, o composte di un substrato cellulare, e talora da un vero stroma fibroso, in cui trovansi numerose cellule embrionali. Assai ricca e caratteristica è la vascolarizzazione di queste salienze. Insomma vi si riscontra la struttura del papilloma, colle modificazioni inerenti alla sede ove hanno impianto.

La sola cura che ci ha dato dei risultati favorevoli è l' ablazione di questi polipi, che può farsi colle forbici, se i tumori sono pochi e facilmente accessibili, oppure può farsi col cucchiaio, il che è spesso reso necessario dalla molteplicità delle vegetazioni, e dalla loro piccolezza. Basta passare un piccolo cucchiaio di Volkman dall'indietro in avanti raschiando risolutamente la parete uretrale, ma sarà bene 2 o 3 giorni prima praticare dei lavacri uretrali con soluzione di sublimato al 1[1000 e mantenere un pistillo jodoformico uretrale a permanenza. Le vegetazioni si lasciano facilmente raschiare e distruggere dal cucchiaio, ed una iniezione di sublimato calda o fredda basta, nella più parte dei casi, ad arrestare il gemizio sanguigno, che può a tutta prima fare impressione, ma che di subito si arresta. Che se l'emostasi non si facesse subito, col termo-cauterio al rosso ciliegia sarebbe presto ottenuta. Conoscendo che dopo l' intervento le ammalate possono avere ritenzione di orina, bisognerà per le prime ore aver cura di siringarle, ed allo scopo di togliere il dolore ungere il catetere con pomata di cocaina al 1 p. 20.

L' *uretrite fibrosa* può essere isolata; primitiva o secondaria od associata alla precedente. Ha per caratteristica un notevole ispessimento delle pareti uretrali in quelle donne che ebbero a lungo una blenorragia subacuta, oppure può risultare da una trasformazione fibrosa della forma proliferante, o come postumo delle cure dirette verso l' uretrite cronica. Può quindi considerarsi come un vero reliquato della uretrite blenorragica guarita.

Si manifesta con sintomi obbiettivi, ispessimento dell'uretra, sotto forma di un cilindretto duro, resistente, oppure elastico, ora mobile, ora fisso al di dietro del pube, e che dà veramente la sensazione di far una sol cosa con una reale massa fibrosa peri-uretrale. Nè l'uretrite fibrosa si limita al solo canale, ma per estensione esiste una vera peri-uretrite cronica. Il meato talora è beante e può lasciare scoperto un tratto della mucosa, che perduto il colore normale presentasi bianchiccia e di un aspetto levigato uniforme, per la scomparsa delle pliche longitudinali.

Tali lesioni possono estendersi altresì al di là del meato, ed io ne vidi un caso in cui una gran parte del vestibolo presentava tali caratteri. I tessuti sottomucosi sembravano scomparsi e la mucosa appariva come accollata al davanti del pube addirittura a contatto col periostio. In questo caso io riscontrai altresì l'incontinenza dell'orina. Tutta l'uretra compartecipava allo stato suddescritto, e fors'anco il collo vescicale, il che rendeva impossibile l'occlusione medesima.

Questo aspetto dell'uretrite è caratteristico, e difficilmente potrebbe essere confuso con altre forme allorchè è isolata, poichè spesso si associa la forma proliferante. Ambedue le forme in allora si presentano coi loro caratteri speciali; le vegetazioni intrauretrali trovansi come imbrigliate nella rigida uretra ed aumentata di volume: ed è in allora che colla esplorazione si sente un vero tumore allungato formato dall'uretra arrotondita, cilindrica e resistente.

Una sezione trasversa del canale, mostra le pareti convertite in una trama fibrosa, dura, inestensibile, la mucosa è ridotta ad un sottile strato epiteliale aderente al tessuto fibroso sottostante talora assai ispessito.

Lunga ne è la durata, talora indefinita, e, ripeto, può essere considerata come un reliquato dell'uretrite cronica guarita. Scomparse le ghiandole mucipare uretrali non esistono più gli elementi secretori del pus, e con disinfezione perfetta, lo scolo cessa, o non persiste che in casi complicati di uretrite proliferante.

Vario è il pronostico di questa forma, colla causa che l'ha determinata. Se è secondaria al metodo di cura che determinò tumultuariamente una vera sclerosi, l'ispessimento considerevole che si osserva nei primi giorni non persiste colla stessa intensità, si attenua a poco a poco, e dopo la trasformazione della sola mucosa, il processo irritativo si arresta e null'altro partecipa al processo.

Se al contrario la trasformazione fibrosa avviene lentamente per propagazione della infezione blenorragica, si possono vedere degli ispessimenti considerevoli, e la regressione non può essere ottenuta così facilmente. L'uretrite persiste lungamente con aumento considerevole del volume dell'uretra.

Di poco conto sono i disturbi fuuzionali che ne risultano, giacchè come ho già detto, io non vidi mai incontinenza di orina nè ristringimenti uretrali, e sì che questi ultimi dovrebbero sembrare frequenti, come suole accadere nei maschi,

nei quali il processo e la trasformazione fibrosa peri-uretrale sono identici. Astruc ha segnalata la possibilità di un ristringimento uretrale da compressione dovuta ad ingrossamento calloso della prostata, e recentemente Genouville tende a dimostrare siffatti ingrossimenti nella donna, di cui egli dà parecchi esempi e ne fa la storia lasciata nel silenzio da parecchi autori. In ogni modo essi ristringimenti sono assai rari, paragonati alla frequenza con cui si manifestano nell'uomo. E d'onde questa specie di inmunità? Al breve tragitto dell'uretra, si può dire, ma si potrebbe rispondere non essere d'uopo di lungo spazio a ciò che uno stringimento si produca; e la struttura non è affatto identica a quella dell'uretra maschile? Piuttosto io credo, che bisogna cercare la ragione nei rapporti anatomici dell'uretra, che si trova in certa guisa mantenuta beante dai tessuti induriti che la circondano, ed anche por mente al suo decorso rettilineo.

La cura di tal forma nella donna si può dire che non esiste, e ciò si capisce dal momento che la si considera come un reliquato del processo di guarigione dell'uretrite cronica. Ed infatti è quest'ultima che deve essere il solo nostro obbiettivo; essa non può essere guarita che colla distruzione della mucosa uretrale e sopratutto delle sue ghiandole, ove si perpetuano, per così dire, le colture virulenti.

Cura della uretrite cronica. — Poche malattie, al pari di questa, andarono soggette ad un numero tanto svariato di cure, ma in pari tempo, bisogna ammettere che poche malattie sono come questa ostinate. Io non starò ad enumerare tutto ciò che fu escogitato per sopprimere lo scolo muliebre; sarebbe questa una enumerazione fastidiosa e priva d'interesse. Dirò tuttavia che presso che tutte le cure ebbero i loro risultati senza contestazioni, ma che sgraziatamente questi risultati non sono costanti; e si aggiunga che spesso si crede d'aver raggiunta la guarigione perchè lo scolo parve diminuito, ma che riapparve con tutta intensità sotto la più lieve influenza e si potè credere un nuovo contagio quello scolo che riapparve dopo una lunghissima tregua. Per cui questa illusione di una guarigione va considerata assai dannosa, e noi ce ne dobbiamo guardare attentamente: poichè essa ci conduce a permettere i rapporti sessuali, rendendoci per così dire complici di nuove contaminazioni. Il pus blenorragico della donna è inoculabile per lunghi anni nè perde della propria virulenza, e fino a che esiste costituisce sempre un pericolo di contagio.

A più riprese quindi, in momenti differenti, in condizioni varie, bisognerà esaminare le pazienti, e solo attorniati dalle precauzioni le più scrupolose noi potremo affermare codesta guarigione che Dorhn considera come una grave malattia che può condurre al marasmo, malattia difficile ad essere curata, ed assai sottoposta alle recidive.

Perchè la disinfezione sia efficace, deve essere profonda, poichè il pus si na-

sconde nello spessore della infiltrata mucosa; i culi di sacco ghiandolari, le pieghe mucose possono annidarlo, e perpetuare così dei focolai non facilmente accessibili. Non è che col ripetere frequente, e si potrebbe dire costantemente, quelle manovre colle quali si può penetrare in tali pieghe, in quei dotti ghiandolari, che noi potremo riuscire a trionfare.

Nè io mi stancherò dal raccomandare, con autori competenti, le frequenti lavature praticate a canale aperto, con soluzioni assai antisettiche, ed io credo che la migliore sia quella di sublimato tiepida all'1 per 1000, che anche Guyon ed Halle hanno dimostrato di maraviglioso potere microbicida sui bacteri orinari, e specialmente sul gonococco. Da più di 2 anni io uso tale soluzione, ed a me dispiace il vedere altri attenuarla al 0,50, al 0,25 per mille. Anche a questo titolo è ancora efficace, ma assai meno attiva: io poi debbo rammentare che la soluzione deve esser fatta senz'alcole. Se si usa il liquore di Van-Svoieten, possono originarsi eritemi e disturbi nel mitto, e talora dar luogo a dalle vere acutizzazioni del processo. Le doccie uretrali debbono farsi calde a 35.°, 40.°, e più volte nella giornata, e, se la vescica è sana, non ci preoccuperemo se qualche goccia della soluzione può in essa penetrare, perchè il sublimato non è in tal caso assorbito, e sarà eliminato colla prima orinazione, e se la vescica compartecipasse al processo blenorragico, non glie ne verrebbe alcun male, anzi l'iniezione potrebbe avere per effetto un risultato terapeutico soddisfacente.

La malata potrà farsi queste doccie da sè stessa servendosi di una sottile cannula di vetro, ma non pungente, introducendola per un centimetro nell'uretra, che così è facile ottenere un completo lavaggio di tutto il canale: in certi casi però è meglio che le lavature le pratichi il chirurgo e ciò fino a quando la donna avrà imparato per bene a praticarle da sè. Per lavare la sola uretra furono inventate numerose siringhe a getto diritto e a getto ricorrente. Chéron pratica a bello studio iniezioni fino in vescica, invitando poi la malata ad orinare lentamente. Etienne Rollet di Lione ha costrutto sonde di metallo o di caoutchouc, che non sono che modificazioni della siringa a permanenza di Pezzer. La sonda termina a cono e largamente fenestrata. Dopo di averla introdotta in vescica la si ritira dolcemente fino al collo vescicale, ove l'estremità conica riempie per così dire e chiude l'orificio. L'apparecchio è ingegnoso, ma in sua mancanza si potrà usare qualunque sonda a doppia corrente intrauterina, bastando regolare il calibro sul lume del canale uretrale.

Altre soluzioni furono raccomandate, tentate ed abbandonate; tra quelle che mi resero miglior servigio ricorderò l'acido fenico all'1 0[0, il nitrato di argento al 1,50 0[0, la resarcina al 2 0[0, il solfato di zinco al 3 0[0, il solfato di rame al 5 0[0, l'acido borico al 40 0[0, l'ortoxyfenolo solforoso o solfocarbolo al 10 0[0, il permanganato di potassa 1[200, il cloralio 1 0[0, l'acqua ossigenata, l'ittiolo 1 0[0

ed in fine tutta la serie dei prodotti nuovi, il lisolo, il cresolo ecc., che possono dare dei buoni risultati ma incostanti, ed ai quali bisogna aggiungere una terapeutica più attiva, permanente, modificatrice della mucosa stessa; il che accade del resto anche usando il sublimato.

Le ripetute lavature non bastano per la guarigione; se si vuole avere una vera guarigione perfetta, bisogna agire sulla stessa mucosa e sopratutto arrivare nei culi di sacco ghiandolari, cui il semplice lavaggio è di potenza imperfetta, anche qualora potesse riuscire completo. Bisogna lasciare in permanenza un agente il quale si mette in contatto con tutte le anfrattuosità. Ed anche quivi noi troviamo la stessa molteplicità di mezzi impiegati. Molti autori si sono occupati di trovare un corpo che potesse essere introdotto nell'uretra e lasciato nel canale per un tempo più o meno prolungato, mentre altri cercano di agire più presto ed in tutta l'estensione della mucosa. I due metodi hanno certamente dato dei buoni risultati, ed io stesso potei ottenere delle guarigioni. Le supposte uretrali di Martineau sono le migliori medicazioni prolungate dell'uretra. Sonò cannuccie di sublimato lunghe 2 cent. e ciascuna ne contiene 6 milligrammi in cacao. Se l'effetto è troppo intenso la dose può essere diminuita a 2, 3 millig. Ogni supposta deve essere introdotta al mattino dopo il lavacro. La paziente deve avere dei riguardi, poichè il pistillo scivola fuori assai facilmente e senza che essa se ne accorga, talora però in grazia al bruciore che ingenera, le pazienti se lo tolgono a bello studio. Debbono essere questi pistilli un po' tenaci a ciò che la fusione sia facile, ma non teneri al punto da renderne difficile la introduzione. Colla loro applicazione la guarigione è più rapida che colle iniezioni, e ciò si comprende perchè il medicamento resta più a lungo a contatto colla mucosa. I segni infiammatori si attenuano assai rapidamente, lo scolo si modifica e cessa in una diecina di giorni (Martineau). Io però non vidi che assai di rado l'uretrite cronica cedere in un lasso di tempo sì breve, ad onta che io impieghi assai questo metodo che mi diede ottimi risultati.

Presenta esso degli inconvenienti? In più di 100 casi vidi 3 casi di cistite del collo, parte dovute a penetrazione del pistillo in vescica; un caso di incontinenza di orina, ed in fine presso alcune pazienti il dolore è assai vivo per lo spazio di due o tre ore. Martineau osservò l'ematuria ed io ne ebbi due casi « il sangue è dovuto alla cistite da penetrazione del pistillo in vescica. » Debbo però confessare che tutti questi piccoli inconvenienti si osservano assai spesso durante l'applicazione della cura della uretrite acuta. La mucosa è assai irritata ed irritabile e la applicazione del sublimato dà origine con grande frequenza a queste complicazioni. In nessun caso io poi vidi tali inconvenienti assumere tanta importanza da poter pensare per un istante a paragonarsi coi benefici di questa applicazione terapeutica semplice ed efficace.

Allo stesso metodo di cura rassomigliano le iniezioni uretrali fatte con un liquido assai attivo. Dirò due parole intorno a queste iniezioni. Il canale dell'uretra, corto, dilatabile nella donna, senza talune precauzioni permetterebbe assai facilmente la introduzione del liquido in vescica, colle conseguenze di fenomeni dolorosi e dannosi, per ciò si è cercato di limitare l'azione del liquido a quelle parti cui egli è destinato a modificare. Il miglior metodo consiste ad impiegare per queste iniezioni una siringa a corrente retrograda: essa non è aperta al suo estremo, ma termina con una pallottolina simile a quella delle sonde esploratrici; a livello del tallone della sonda sono praticati 2 o 4 orifici, di maniera che allora-quando nell'interno della sonda si spinge il liquido con una piccola siringa, questo viene a frangersi contro il cul di sacco che forma l'estremità della sonda o refluisce dai fori suaccennati; spinto allora egli dal di dentro all'infuori, il suo cammino sarà dalla vescica al meato uretrale, e ciò accadrà con maggiore certezza, allorchè l'estremità gonfiata dalla sonda verrà ad impedire che il liquido penetri più profondamente dopo la sua uscita dalla cavità della sonda stessa. In tal guisa si potranno fare delle vere istillazioni di liquido più o meno attive, limitando per così dire, la loro azione a dati punti. E basta per ottenere questa precisione operatoria di introdurre la sonda fino a livello del collo (previo un lavacro dell'uretra per non ispingere il pus uretrale in vescica), a questo punto si ha la sensazione netta di abbandonare il canale dell'uretra, anche la paziente se ne accorge annunziando il cateterismo completo. Basta in allora ritenere un pochino lo strumento, in modo da farlo rientrare nel canale, poi aggiungervi la siringa e far penetrare quella quantità di liquido che si reputa necessaria.

Furono usati i liquidi più svariati; per lungo tempo e a buon diritto fu vantato il nitrato di argento, che si può usare in soluzione forte 1[10, 1[20, ma in tali casi si abbia cura di neutralizzare di poi l'eccesso con soluzione satura di cloruro di sodio. Vengono poscia il solfato di zinco al 1[100, l'allume al 4,5 0[0, il sottoacetato di piombo al 2 0[0, la resorcina al 4 0[0, ecc.

Tutte queste soluzioni diedero buoni risultati, ma sono meno fedeli del sublimato, ed in tutti i casi di uretrite cronica in cui io le esperimentai, dovetti quasi sempre ritornare al trattamento che descrissi più sopra.

Un giusto rimprovero che si può indirizzare alle iniezioni, si è quello di non toccare tutti i punti della mucosa, e di lasciare per ciò dei focolai uretrali intatti pronti ad accendere una nuova invasione. Per rimediare a ciò io escogitai altri processi che permettono di arrivare più sicuramente ad agire su tutta quanta la mucosa, idea che del resto venne in mente a molti altri, ed attuata cogli uguali sistemi. Nella cura della blenorragia è possibile indicare quell'insieme dei mezzi che sono usati, la modalità del loro uso, e quali in date circostanze sono capaci di darci i risultati migliori, e quali infine debbono essere lasciati da una parte come

inefficaci e poco attivi. Se l'uretra è abbastanza larga, io ho trovato giovamento dallo scopettamento con un picciol tampone di cotone portato da una pinza su tutta la superficie interna, imbevuto di soluzione di nitrato d'argento all'1[30, di cloruro di zinco 1[20, oppure di sublimato 2[1000. Tali cauterizzazioni sono seguite da dolore più o meno vivo che si esacerba all'atto del piscio; talora esso dolore può dar luogo a ritenzione di orina, ma tutti questi fenomeni per lo più scompaiono in due giorni. Bisogna in tali casi sondare la donna con siringhe elastiche, e se il dolore fosse eccessivo ungere il catetere con pomate cocainiche.

Lo stesso risultato si può ottenere col passare nell'uretra un cilindretto di nitrato di argento puro o mitigato; io di solito lo uso puro, e lo lascio a contatto della mucosa per due o tre minuti imprimendogli qualche movimento di rotazione. Tale cauterizzazione è assai dolorosa, e bisogna subito eseguire una iniezione di cloruro di sodio, altrimenti potrebbero venire in scena le complicazioni cui poc'anzi alludevo.

Nei giorni consecutivi alla cauterizzazione il pus ridiviene abbondante, giallo, spesso, cremoso; il meato si fa tumido, la mucosa che fa ernia mostrasi grigiastra per una vera escara superficiale, ma in due o tre giorni tutto rientra nella norma. Può accadere che tale cauterizzazione basti a portare la guarigione, ma spesso le cose non corrono così, ed in allora bisogna di nuovo ricorrere ai mezzi attivi, e magari per più volte consecutivamente. Dopo 2 o 3 cauterizzazioni si può vedere una alterazione di struttura delle stesse pareti dell'uretra; esse aumentano di volume, la loro consistenza è più marcata e tutto il canale fa una salienza visibile dalla parete vaginale anteriore. La mucosa si distende, si fa liscia, sottile, aderente e viene a costituire l'uretrite fibrosa, vera forma di guarigione dell'uretrite cronica.

Da ultimo rammenterò una cura più energica ancora, che io stesso spesse volte praticai, là ove l'uretra è piccola, poco dilatabile e dove l'introduzione di tamponi e pistilli è impossibile, dove le vegetazioni papillari sono abbondanti, insomma là dove è impossibile sperare dal caustico buon effetto su tutti i punti, voglio dire la dilatazione dell'uretra seguita o no dalla cauterizzazione.

La dilatazione di solito è dolorosa, e si pratica col mezzo di svariati diltatatori inventati a tal uopo; in talune pazienti saremo forzati a ricorrere al cloroformio, tuttavia si potrà evitare ciò tentando l'anestesia locale colla istillazione di qualche goccia di cocaina ed avendo cura di far procedere la dilatazione lentamente e con tutta dolcezza.

La dilatazione dà luogo a qualche goccia di sangue, che si esporta rapidamente colla lavatura al sublimato: indi praticata la dilatazione è facile cosa d'introdurre un pistillo di nitrato di argento, o un tamponcino al cloruro di zinco, che si lascia in contatto per uno o due minuti o si fa scorrere lungo le pareti del canale.

Nei casi di uretrite proliferante, io mi sono altresì giovato del raschiamento, ma per ciò è necessaria la cloronarcosi, perchè la cocaina è insufficiente, essendo il raschiamento dell'uretra uno dei più dolorosi.

Qualche disturbo nel mitto, incontinenza, ritenzione, disuria, e vivi dolori si sono mostrati in parecchi de' miei casi, ma non presentarono tali disturbi veri caratteri di gravità, dopo due giorni tutto ritornava nella calma. Nei giorni che seguono al raschiamento, dopo le lavature che pratico al mattino e alla sera, io sono solito mettere a permanenza nell'uretra dei suppositori di jodoformio lunghi da 2 a 3 cent., piuttosto rigidi, che fondono adagio adagio e così si ha una vera medicazione permanente della mucosa più o meno lacerata, necessaria nei casi ove il raschiamento fu eseguito per la forma di uretrite proliferante.

Questi furono i mezzi locali che mi parvero dare i risultati più soddisfacenti e fu con essi che io in più di 250 casi di uretrite cronica potei ottenere la guarigione in un tempo più o meno variabile. In alcune pazienti la cura si protrasse oltre a due mesi, ma bisogna notare che la docilità della malata è un elemento importante per ottenere un buon risultato. È d'uopo sorvegliarle assai e con cura, poichè allorchè esse sentono un po' di bruciore al meato, di subito si mettono ad orinare per isbarazzarsi del pistillo di sublimato, il quale invece dovrebbe rimanere a contatto della mucosa per parecchie ore; oppure altre volte esse stesse si fanno a ritirare, o spingono fuori dell'uretra il cilindretto jodoformico che forma la medicazione permanente, consecutiva al raschiamento od alla dilatazione.

Difficile è dunque assegnare una data fissa all'epoca in cui si può ottenere la guarigione dell'uretrite cronica, poichè io lo ripeto, la durata della cosa varia colla docilità della paziente, colla cronicità dello scolo, ed anche colla forma di uretrite cronica con cui si ha a che fare.

Ed è duopo aggiungere che l'uretrite cronica non dovrà per sè sola attirare l'attenzione, se con essa coincidono e si presentano altre manifestazioni blenorragiche genitali. Bisogna nello stesso tempo curare la preuretrite se detta esiste, la vulvite, la vaginite ecc.; bisogna che tutte queste lesioni scompaiano nello stesso tempo, e però bisogna contro tutte queste sia simultaneamente diretto l'arsenale della terapeutica ginecologica. Si comprende facilmente che per vicinanza ponno accadere delle nuove invasioni, e sarebbe tempo perso il curare l'una dopo l'altra le lesioni che possono per vicinanza contagiare organi appena guariti.

Coi mezzi locali adopereremo altresì i generali, da cui non spereremo però i vantaggi che loro si attribuiva per lo passato; tuttavia essi saranno di giovamento. Così il salolo per via interna a 2 grammi al giorno, il che ci procurerà una orina quasi certamente asettica; come diuretico la dieta lattea abbondante se non esclusiva, il bicarbonato sodico, l'acqua di Vichy, di Contrexeville ecc., i bagni generali della durata di mezz'ora di 3|4 d'ora, 2 o 3 volte alla settimana.

In fine sorveglieremo l'igiene della paziente, proibiremo le eccitazioni sessuali, e nella dieta gli asparagi, i tartuffi, i gamberi, le salse piccanti e drogate, le bevande fermentate, l'alcool sotto qualunque forma, la birra, l'aceto.

Così pure proibiremo qualsiasi lavoro prolungato, la danza, l'equitazione, il muovere i pedali delle macchine a cucire, ed i rapporti sessuali saranno solo permessi dopo di una guarigione constatata da 15 giorni al meno. Bisogna sempre temere delle recidive, e sopratutto degli errori di diagnosi, i quali lasciano passare senza essere visti degli scoli uretrali, sopratutto allorchè la donna ha tutto l'interesse a dissimulare.

RASSEGNA

H. WALTHER. — **Un caso di metrite dissecante puerperale.** — *Münch. Med. Woch.*, N. 2, 1894.

L'A. comincia dal ricordare come, sotto la denominazione di « metrite puerperale dissecante » il Syromjatnikoff prima di tutti, abbia descritto una forma morbosa, la quale, in unione ad una grave, infeziosa malattia puerperale dell'endo e del miometrio conduce ad una distruzione della sostanza uterina. Ne sono finora noti ben pochi casi, e ciò autorizza appunto la pubblicazione di questo.

Una donna di 31 anni, primipara, venne la sera del 4 marzo 1891, mandata in travaglio alla Clinica perchè, come raccontò la levatrice, il travaglio stesso, malgrado ogni mezzo impiegato non progrediva: i dolori erano cominciati da parecchi giorni. Essa levatrice era stata chiamata due giorni dopo il loro inizio quando era già avvenuta perdita d'acque e quindi doglie violente: malgrado l'energia delle doglie, il capo, che era in O. I. D. A. non progrediva: il medico aveva anche somministrato un mezzo eccitante le contrazioni, ma senza vantaggio.

Nella sera seguente la donna aveva preso una polvere eccitante le doglie (segale?), ma malgrado ciò la testa non era discesa, e intanto il bambino era morto. Allora il medico aveva ordinato il trasporto della paziente alla Clinica dove era giunta 3 giorni e mezzo dopo lo scolo delle acque, in istato di sporcizia e di trascuratezza grande, accompagnata dalla sudicia levatrice.

L'anamnesi rilevò che la donna aveva imparato tardi a camminare; dai 3 anni in poi frequente catarro oculare; ai 15 tifo, poi sempre sana. Dal principio della gravidanza fino a poche settimane prima del termine vomito ostinato, forte perdita, dolori al basso ventre e particolarmente alla regione lombare, anoressia: solo da poche settimane miglioramento.

Al momento dell'ingresso T. 37. 4, P. 112. Pulita e disinfettata la paziente, si potè dall'esame raccogliere i seguenti dati:

Donna sensibile, piccola, dall'addome fortemente sferico, scavato a volta verso innanzi, fondo uterino un dito sotto l'apofisi ensiforme dello sterno: forte tensione delle pareti addominali e della uterina che impediva un'esatta indagine. Non percettibili i toni cardiaci. Bacino universalmente ristretto (sp. 21,5, cr. 24,5, obl. 21,6/21,0, con. est. 18-17,5, diag. 10 1[4-10,5).

Piccole labbra fortemente edematose, vulva ed ingresso vaginale assai sensibili e difficilmente permeabili. Orificio uterino dilatato in misura corrispondente ad una moneta da due marchi, non si sente borsa amniotica ma invece forte tumore

di parto, porzio (in quanto conservata) di tessuto assai rigido, come stretto da una corda di violino. Capo difficilmente raggiungibile: doglie susseguentisi senza perdita d'acque. Si prescrivono doccie vaginali calde attendendo — con riguardo alla deficiente dilatazione — il permittente di un' atto operativo.

A mezzanotte la permanente contrazione dell'utero, l'odore fetido di acque recentemente espulse, confermando la diagnosi di tetano uterino con timpania dell' utero ed abnorme rigidità delle parti molli, induce a praticare la perforazione del capo fetale e quindi l'estrazione. Circa un'ora dopo, espressione della placenta, quindi lavatura endouterina con soluzione fenica al 2 1[2 per cento, iniezione di ergotina, ghiaccio sull' addome. Il feto era fortemente sviluppato, senza anomalie come la placenta. Temp. subito dopo il parto 38. 2, polsi 120.

Come era da aspettarsi per tutto quanto fu esposto, il puerperio decorse gravemente infettivo, non per le temperature (fra 36. 6-38. 8), ma per forte meteorismo, sensibilità dell'addome e manifestazioni che indicavano chiaramente la alterazione del peritoneo. L'edema delle piccole labbra era presto diminuito per l'applicazione di acqua vegeto-minerale fenicata, ma la forte sensibilità dei genitali durò a lungo.

Dopo i primi giorni cessò l'odore assai fetido dei lochi, l'utero assai sensibile al tatto (metrite), si involse lentamente. L' ipotesi che si trattasse di endometrite infettiva (putrida) puerperale con partecipazione del miometrio si andava accertando, quando al 5.° giorno, spontaneamente dopo forti premiti ed inviti a mingere, veniva con forti dolori espulsa una membrana d' odore fetidissimo. Questa di color grigio sporco era, nei diversi punti, di varia grossezza, di parecchi mm. fino a 3[4 di cent. scarsi, lunga circa 15 cent. e larga 10 e terminava da ambo i lati in due lembi: dappertutto aveva superficie rugosa.

Immediatamente dopo l'espulsione si praticò uua cauta lavatura dell'utero con soluzione fenicata al 2 1[2 per cento. Lo stato generale migliorò nei giorni seguenti, crebbe l'appetito, la febbre remittente durò ancora alcuni giorni, ma sopratutto i fenomeni peritoneali diminuirono siffattamente, che la donna si alzò in 12.ª giornata ed in 16.ª, per di lei desiderio, fu dimessa.

Reperto al momento della partenza: Lacerazione perineale di 2.° grado in via di guarigione, lacerazione della parete posteriore della vagina coperta da buone granulazioni, orificio uterino profondamente lacerato a sinistra, utero ancora assai grosso, malamente involuto, parametrii liberi. Prescrizione: lavature calde, pillole di ergotina, raccomandazione di ripresentarsi dopo parecchie settimane.

L'esame microscopico della pellicola espulsa che si poteva ricomporre come un sacco incompletamente chiuso, fece rilevare rugosità all'esterno ed all'interno e la fece dapprima ritenere parete vaginale necrotizzata, ma l'esplorazione provò che la vagina era intatta e quindi la pellicola rappresentava l'endometrio (decidua) con parte della muscolare.

L'esame microscopico rilevò: membrana (notevolmente putrefatta), constante in massima parte di tessuto necrotico in cui i nuclei, per la progredita putrefazione apparivano solo scarsamente colorati, in taluni punti forte infiltrazione di piccole cellule ed accumuli di piccolissimi punti colorati (cocchi) sopratutto in vicinanza ai vasi, inoltre fibre liscie muscolari in istato di degenerazione grassa, e quindi scarsamente colorate ma tuttavia distinguibili sia per la loro caratteristica disposizione ondulata nei preparati per dilacerazione. Non traccia di glandule, ed in luogo delle parti di mucosa (decidua), che erano assai scarse, tessuto necrotico.

Così la diagnosi di forma sequestrante di metrite puerperale (endometrite) fu confermata anche microscopicamente.

La paziente si presentò dopo 9 mesi perchè credevasi gravida, non avendo più avuto regole. Inoltre soffriva di dolori nel periodo che avrebbe dovuto essere mestruale. All'esame, notevole meteorismo ostacolante la palpazione, nessun tumore, perineo breve, larga cicatrice alla parete vaginale posteriore, vagina stretta, in luogo della porzio una specie di imbuto di tessuto cicatriziale e sopra di questo l'utero atrofico: lieve intasamento a sinistra, annessi di destra liberi.

Collo speculum non si può riscontrare orificio uterino e la constatazione non è possibile neppure colla sonda.

Accolta più tardi in clinica e spaccata la cicatrice imbutiforme, si potè penetrare nel canale cervicale completamente atresico e poi nel cavo uterino. Il corpo dell'utero si mostra piccolo ed atrofico e endometrio circondato da tessuto cicatriziale duro e tendineo che ne ha abolito completamente la funzione fisiologica. Si formò artificialmente un orificio uterino, ed il canale fu mantenuto aperto artificialmente con garza jodoformica. Della donna non si seppe più nulla.

Era dunque avvenuto in puerperio sequestro di una parte della muscolare e della mucosa, e quindi atrofia dell'utero e sopratutto della mucosa con conseguente amenorrea: l'atresia riguardava solo il canale cervicale, ma, poichè mancava completamente la funzione della mucosa, non si era verificato ematometra.

Dai pochi casi di questa malattia pubblicati fin qui risulta trattarsi di una malattia puerperale locale assai rara: Garrigues ne attribuì la causa alla imperfetta antisepsi. I casi di Kubassow devono essere separati da questi, riguardando solo un alto grado di endometrite esfoliativa (flemmonosa). Anatomo-patologicamente abbiamo in casi come quello accennato molta somiglianza con una profonda infiammazione necrotica (difterica), la quale invade non solo l'epitelio e la mucosa (decidua), ma anche gli strati profondi (quindi difterite profonda).

Come causa dovendosi escludere le causticazioni per mezzo di agenti chimici, si deve ammettere una infezione bacterica dall'esterno. Le ricerche di cocchi (Grammatikati) rivelarono anche micrococchi. Solo meraviglia la completa caduta dell'endometrio che non si verifica in altri casi fortemente infettivi, ma si può ammettere che una preesistente endometrite gravidica faciliti il cammino ed aggravi la nuova infezione.

Questo grave processo morboso è più frequente nelle primipare e la caduta della mucosa avviene di solito fra il 14.° e il 47.° giorno (in questo caso al 5.°).

Non è giudicabile con sicurezza se il tetano uterino (e quindi la segale amministrata), abbiano influito come causa determinante.

La sintomatologia nulla offre di caratteristico: febbre remittente mattutina con elevazione della frequenza del polso, abnorme sensibilità dell'utero legata con deficiente involuzione, forte fetore dei lochi, manifestazioni peritonitiche.

La prognosi è sempre dubbia (su 16 casi 3 morti), per la possibilità dello sviluppo di una peritonite generale.

La diagnosi si fa con attento esame microscopico ed in base alla esfoliazione di fibre muscolari in fascetti.

La terapia è sintomatico-dietetica e tende a sostenere le forze: e, per quanto pericolose in vista dell'assottigliamento delle pareti uterine, si possono ritenere utili le irrigazioni antisettiche.

All'infuori della gravidanza si possono osservare forme analoghe, sopratutto la esfoliazione della mucosa con interessamento della muscolare dopo le causticazioni con forti agenti chimici (Zncl). Tuttavia queste causticazioni, che possono dare conseguenze moleste, come l'atresia e la scomparsa della mucosa con conseguente amenorrea, non collimano esattamente quanto ad effetto colla malattia descritta. Dott. R. Polacco.

Dott. LOUIS BURCKHARDT (assistente volontario nella Clinica ostetrica-ginecologica di Basilea). — **Ueber den Einfluss der Scheidenbakterien auf den Verlauf des Wochenbettes** *(Intorno all'influenza dei bacteri della vagina sul decorso del puerperio).* — *Archiv. f. Gyn.,* 1893, XLV Bd., H. I.

Gli studi sui bacteri della vagina negli ultimi anni si sono moltiplicati: fondamentali rimangono però sempre quelli di Döderlein, avendoci essi provato come una notevole percentuale delle malattie puerperali sia dovuta ai bacteri vegetanti nella vagina, portati, in seguito alle manovre degli ostetrici, degli studenti, delle levatrici, nei tratti superiori, cruentati, delle vie genitali. Egli distinse per caratteri fisici, chimici, microscopici, il *secreto vaginale normale* dal *secreto vaginale patologico.* Il primo è bianchiccio, grumoso, ha la consistenza del latte coagulato, non è commisto a muco, ha reazione intensamente acida e contiene quasi esclusivamente una sola specie bacterica: un bacillo caratteristico per le sue proprietà biologiche e pei caratteri colturali. Il secondo ha colore che varia dal gialliccio al giallo-grigio; consistenza cremosa, contiene non di rado piccoli ammassi di bollicine gasose che lo rendono schiumoso, ed è commisto a muco giallo, vischioso: la reazione è debolmente acida e spesso anche neutra o alcalina: vi si trovano numerose specie bacteriche, bacilli e cocchi. I pericoli delle esplorazioni nelle gravide e nelle partorienti sono appunto legati all'esistenza dell'una o dell'altra varietà di secreto vaginale: secondo Döderlein, quelle devono limitarsi ai casi in cui questo è normale: a siffatta determinazione basta la ricerca dei caratteri fisici sopra accennati e della reazione chimica: nei casi dubbi si può aggiungere l'esame microscopico di preparati a secco (?).

Burckhardt ha controllato i dati di Döderlein, procedendo nel modo seguente: In ogni gravida entrata nell'Istituto determinava al più presto possibile i caratteri del secreto vaginale: a questo scopo, previa accurata disinfezione dei genitali esterni, introduceva uno speculo di vetro bianco sterilizzato fino a metà lunghezza della vagina, e dalle pareti di questa toglieva i prodotti di secrezione con una cucchiaia a orlo smussato. Gli strumenti erano sterilizzati per mezzo della bollitura per 10 minuti nell'acqua (?). Nelle gravide che dovevano servire alle esercitazioni propedeutiche, la ricerca si faceva un'ora prima che incominciassero gli esercizi: di poi si puliva ripetutamente la vagina con soluzione di Lysol. L'A. ha accolto anche queste gravide nella sua statistica, avendo constatato che tale sostanza anzichè impedire favorisce lo sviluppo dei bacteri vaginali.

Giustamente ritenne l'A. che gli esclusivi dati termometrici non bastano a caratterizzare il decorso di un puerperio: epperò egli annoverò fra i *puerperi morbosi* anche alcuni in cui la temperatura non oltrepassò i 37.8-38, ma in cui s'ebbero fenomeni endometritici (dolori, involuzione uterina difettosa, perdite, ecc.). Ciò necessita ricordare per darci ragione dell'alta morbidità puerperale che risulta dalle statistiche dell'A.: si aggiunga che quando egli faceva le sue osservazioni, serpeggiava in Basilea una piccola infezione puerperale e che a bello studio egli fissò di preferenza la propria attenzione appunto su quei casi nei quali il secreto vaginale aveva caratteri patologici. Raccolse i propri risultati in copiose tabelle statistiche, da cui spigolo i seguenti dati sommari:

a) Le gravide fatte oggetto di studio furono 116.

b) La morbidità puerperale fu del 30.17 0[0.

c) Il secreto vaginale apparve *con ogni suo carattere perfettamente normale* (composiz. istologica, colore, reazione, reperto batteriologico) in 69 casi, cioè nella proporzione del 59.48 0[0.

d) Si riscontrò *secreto vaginale patologico* in 32 casi, cioè nella proporzione del 27.59 0[0.

e) Si ebbero insieme commisti alcuni dati propri del secreto vaginale normale, con altri propri del secreto vaginale patologico in 15 casi, cioè nella proporzione del 12.93 0[0: però in 5 casi soli il disaccordo riguardava il dato più importante, cioè il reperto batteriologico: e a proposito degli altri 10 casi è a notare come i caratteri fisico-chimici sono specialmente variabili in rapporto colla presenza di sangue nel secreto.

f) Dei 32 casi con secreto vaginale patologico, 19 furono tali per infezioni gonorroiche, cioè nella proporzione del 59.38 0[0.

g) Influenza trascurabile sui caratteri del secreto vaginale, ebbero la *pluriparità comparata colla primiparità;* lo *stato matrimoniale collo stato celibe.*

h) La morbidità puerperale rispetto ai numero dei casi in cui si rinvenne secreto vaginale normale fu del 23.3 0[0.

i) La morbidità puerperale rispetto al numero dei casi in cui si rinvenne secreto vaginale patologico fu del 50 0[0.

Non di tutte le 116 gravide si approfittò per gli esercizi clinici: a tal proposito si notò quanto segue:

k) L'esplorazione vaginale a scopo d'insegnamento nelle gravide a secreto normale ebbe una morbidità del 22.7 0[0 (quindi pochissimo minore di quella notata in *h)*.

l) L'esplorazione vaginale a scopo d'insegnamento in gravide a secreto patologico ebbe una morbidità del 57.5 0[0 (quindi poco maggiore di quella notata in *i;* in questa percentuale si deve tener conto anche di gravi atti operativi durante il parto).

L'A. conclude affermando che la distinzione fatta da Döderlein fra *secreto vaginale normale* e *secreto vaginale patologico* deve ritenersi come giusta e rigorosa: che le probabilità di un puerperio morboso sono maggiori in donna gravida che abbia la seconda qualità di secreto che non in gravida la quale abbia la prima: però anche l'esistenza di un secreto patologico non stabilisce per sè stessa una controindicazione alle esplorazioni vaginali: ci avvisa solo di istituire accurate disinfezioni per diminuire i pericoli che ad esse vanno congiunti. Secondo l'A., nei casi di secreto vaginale assolutamente normale in donne gravide, non sarebbe necessaria la disinfezione profilattica della vagina, mentre è della massima importanza il disinfettare accuratamente l'*Introitus vaginae* e il *pube,* ove, secondo Haegler, si annidano numerosi stafilococchi e streptococchi.

Disgraziatamente per la pratica ostetrica, il più spesso le esplorazioni in donne gravide si devono compiere di notte, quando è impossibile rilevare i caratteri fisico-chimici e microscopici del secreto vaginale: lo stesso esame microscopico, dice l'A., non è così semplice a farsi come a prima vista apparirebbe: spesso richiede l'uso dei più potenti obbiettivi.

Io credo, quando si voglia seriamente ricorrere all'esame bacteriologico, che il più delle volte il solo esame microscopico dei prodotti morbosi ben poco aggiunga a quanto già sappiamo di essi. Dott. Luigi Villa.

DE PAOLI GUGLIELMO. — **Alcune osservazioni cliniche sul metodo Krause nella provocazione del parto.** — *Riforma medica,* dic. 1893.

Sono 5 osservazioni appartenenti al materiale della Guardia Ostetrica permanente di Genova. L'A. espone queste osservazioni, per dimostrare che *il metodo Krause è troppo lungo, pericoloso, quando non sia certa l'antisepsi, e qualche volta dannoso e insufficente.* Trae motivo di lodare assai il dilatatore del Bossi, anche nella provocazione artificiale del parto.

Conclude: 1.° Il dilatatore Bossi è mezzo utilissimo nella provocazione lenta del parto. — 2.° Il metodo del Krause è lungo e pericoloso. — 3.° Potersi col dilatatore iniziare tanto il sopraparto da farlo procedere naturalmente. — 4.° Essere il dilatatore sempre più utile e meno pericoloso delle incisioni multiple del collo uterino.

DECIO.

DELAGÉNIÈRE (de Mans). — **De l'hystérectomie abdominale totale dans certaines lésions suppurées des annexes.** (Une observation). — *Annales de Gyn. et Obst.*, mars 1894.

L'A. vuole colla sua nota attirare l'attenzione su di un nuovo metodo operatorio, che è quasi ignorato in Francia, e soffocato, per così dire, dalla ovarosalpingectomia e dalla operazione di Pean-Segond, operazioni che sono ben lungi dal dare dei risultati terapeutici costanti.

La laparotomia ha dato risultati migliori della castrazione uterina (via vaginale), ma nota però, come sia stato necessario intervenire a curare l'utero residuo, dopo aver ottenuta la guarigione operatoria, una volta perfino fu necessario ricorrere alla isterectomia.

L'intervento per via vaginale ha dato dei risultati terapeutici peggiori. In caso, per esempio, fu impossibile l'aprire una sacca marciosa, stante la sua elevazione, per cui fu d'uopo di un intervento per via addominale allo scopo di svuotarla. Talora porzioni di annessi, inaccessibili, o confuse fra le neoformate aderenze, rimangono, e colla loro presenza portano le pazienti al sepolcro attraverso a lunghe febbri etiche. Per cui l'A. pensò di valersi dell'ablazione totale degli organi genitali interni, seguendo la pratica della isterectomia addominale totale per miofibromi dell'utero. Così facendo non si lascia nel bacino l'utero infetto, capace da un momento all'altro di divenire causa di infezione del peritoneo.

Segue l'esposizione della osservazione. La malata guarì attraverso un periodo post-operatorio dei più normali, per cui l'A. si augura che il metodo e la tecnica saranno per essere addottati, e conseguentemente ancor più migliorati. Conclude:

1.° Castrazione addominale, se l'utero non è gran fatto alterato, e quando gli annessi fossero così fattamente adesi, da rendere impossibile l'intervento vaginale.

2.° L'isterectomia addominale totale si farà se l'utero è sede di flogosi croniche capaci di dare delle secondarie infezioni.

3.° L'isterectomia vaginale, se le saccoccie purulenti sono accessibili con facilità, e se per di più l'utero sia malato, ma purchè sia possibile togliere interamente gli annessi.

DECIO.

PINARD. — **De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1893.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier 1894.

È una lezione fatta il 7 dicembre 1893. Seguendo la consuetudine presa, il prof. Pinard espone il bilancio, l'attivo e il passivo delle sinfisiotomie praticate.

Dal 1.° gennaio 1893 a tutto dicembre, nella suddetta clinica 9 ne operò Pinard, 2 Varnier, 2 il Lepage. L'operazione fu praticata 9 volte in multipare, 4 volte in primipare; 10 volte in bacino rachitico, 3 volte in bacino asimmetrico. Di 13 operate, 12 viventi ed una morta. I bambini tutti vivi.

Dal punto di vista delle complicazioni operatorie, nota in un caso grosse varicosità del pube, nessun accidente fu constatato durante il taglio della sinfisi, nè mai emorragia grave. Due volte durante l'estrazione del feto fu osservata una lacerazione della parete vaginale anteriore, ma di poco momento. Una lesione vescicale, ed una fistola vescico-vaginale. In quest'ultimo caso il puerperio fu semplice. La donna, che allatta il suo bambino, fra breve sarà operata dal Segond per la fistola. L'unica donna che morì era stata portata in clinica in condizioni disperate dopo 3 giorni di travaglio; morì in 9.ª giornata di puerperio per una setticoemia da stafilococchi.

L'A. si compiace che nel 1893 alla Clinica Baudelocque non fu operata alcuna embriotomia, nè provocato alcun parto. Rare altresì le applicazioni di forcipe, e queste la maggior parte per inerzia.

L'A. chiude il suo dire esplicando maggiormente i motivi che lo hanno condotto ad abbandonare gli antichi metodi. « Solo in quel giorno, egli dice, che sarà dimostrato che con altri metodi si arrivi a risultati migliori dei miei, solo in quel giorno, abbandonerò la sinfisiotomia, per addottare quella operazione che sarà dimostrata realmente migliore. »

DECIO.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Novembre 1894. Num. 11.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
27 DEC 94
LIBRARY

Risultati prossimi e remoti della isterectomia vaginale per carcinoma

Relazione alla prima riunione
della Società Ginecologica e Ostetrica Italiana
(Roma - Ottobre 1894)

DEL
Prof. L. MANGIAGALLI

Nel tema messo all'ordine del giorno e sul quale io ho l'onore di riferire, sono comprese due serie di argomenti; gli uni, strettamente di indole tecnica, si riferiscono ai metodi, ai processi operatorii, ai limiti della indicazione dell'operazione, a tutto quanto insomma può influire a migliorare la prognosi immediata della operazione, gli altri invece si riferiscono ad una questione fondamentale di patologia, la curabilità chirurgica del carcinoma, studiata, nella fattispecie, riguardo all'utero. Le questioni sono dunque essenzialmente due. Quante ammalate di carcinoma uterino guariscono dalla operazione, quante guariscono dalla malattia? O in altri termini: i benefici che si hanno dalla operazione sono tali da giustificarla? A mio avviso la presidenza della nostra società ha fatto bene a non scindere le due questioni, essendo evidente che la risposta all'ultima domanda formulata, possa, in parte almeno, dipendere dalla risposta che l'esperienza può dare alle domande della prima serie.

Ora niuno vorrà contestarmi che la isterectomia vaginale, pure considerata nei soli casi di carcinoma, abbia avuto una linea ascendente brillantissima e rapida, quale forse nessun'altra operazione. Quando nel 1887, epoca pur a noi così vicina, Augusto Martin di Berlino riferì, nel

Congresso medico internazionale di Washington, i risultati della sua esperienza sulla isterectomia vaginale per carcinoma, egli fu rudemente attaccato da Reeves Jackson di Chicago; e tutti voi ricordate pure il giudizio che Verneuil dava della nuova operazione, a un anno di distanza, nella Società di chirurgia francese, giudizio così severo che l'isterectomia parve per qualche tempo condannata in Francia. Due anni più tardi, nel 1890, nel 10.° Congresso medico internazionale a Berlino, l'operazione era già accettata universalmente e solo si discutevano le questioni che riguardavano i metodi, le limitazioni, i risultati definitivi, quantunque un anno prima Lawson Tait, lanciasse il suo anatema contro l'isterectomia. Per l'autorità del nome, *stat magni nominis umbra,* vale la pena che io vi citi testualmente le parole che egli scriveva nella sua opera tuttora incompleta « Sulle malattie delle donne e sulla chirurgia addominale » (v. p. 117): « L'idea di trattare il cancro dell'utero mediante « la completa rimozione dell'organo incontrò, è pressochè inutile che io « lo dica, la mia più energica disapprovazione. » Ma udite quali ragioni egli reca a conforto della sua tesi: « Le mie ragioni » aggiunge « sono « che la sua primaria mortalità *deve sempre* essere forte e che i pochi « casi in cui la malattia non recidiva sono evidentemente errori di dia- « gnosi. Inoltre, le operazioni per una malattia che non dànno buoni risul- « tati secondarii non devono trovar luogo nella buona chirurgia. Nella « confusa mente del pubblico non si discernono così tali operazioni da « quelle che dànno risultati secondarii perfetti, e siccome io desidero « che la mia opera sia stabile, mi sono sempre opposto all'asportazione « dell'utero per cancro, ed il mio primo giudizio è stato confermato dai « fatti. »

La critica è facile. Ragioni di opportunità professionale non devono essere qui prese in considerazione, e il resto del ragionamento basa su false premesse, poichè, tutte le operazioni hanno un procento grande o piccolo di risultati remoti non buoni, perchè non è lecito il negare senza prova le affermazioni di tanti insigni ed onesti cultori dell'arte, e perchè infine non è vero che la mortalità debba sempre essere elevata.

La mortalità della isterectomia vaginale per carcinoma che, 10 anni or sono, si aggirava attorno al 25 % (si confrontino i lavori di Brunner, di Mundé, di Duncan, di Sara Post, di Hache) può considerarsi oggidì come inferiore al 10 %, pur non tenendo calcolo di quella selezione che la critica

concede e la ragione esige. Per restare nel nostro paese, nel recentissimo lavoro di Berruti (« Contributo alla isterectomia vaginale. » Torino, 1894), troviamo raccolti 553 casi italiani di isterectomia vaginale per carcinoma con 52 decessi e colla mortalità perciò del 9. 5 %. Io ho praticato 88 isterectomie vaginali per affezioni maligne dell' utero, delle quali 87 per carcinoma, 1 per sarcoma, con otto decessi, vale a dire colla mortalità complessiva brutta del 9 %. Fuori d'Italia, accanto alla mortalità molto bassa di Kaltenbach (1) (3. 3 %), di Leopold (2) (5 %), troviamo quella di Schauta (3) del 9. 1 %, di Fritsch (4) del 9. 7 %, di Gusserow (5) del 10. 4 %, di Hofmeier (6) del 10. 7 %, di Saiaitski (7) del 12. 6 %. Nella clinica ginecologica di Berlino (Frauenklinik) (8) dal 1 maggio 1880 al 1 ottobre 1885, si ha la mortalità del 25 %, mentre dall'ottobre 1885 al 30 Aprile 1891, scende all' 11. 9 %. In Francia Richelot che in occasione della discussione avvenuta in seno alla Società di chirurgia francese aveva portato una statistica poco brillante, ora, nel suo recente trattato (9), riferisce una nuova serie di 44 casi con 3 morti.

A. Martin fino al 1887 aveva praticato 94 isterectomie vaginali per carcinoma. Di queste solo 66 potevano veramente considerarsi come operazioni radicali, essendo stato con esse rimosso completamente il neoplasma: ne morirono 11 e si ebbe perciò la mortalità del 16 %. Il numero delle sue operazioni è poi cresciuto di 77, ma di queste non accenna ai risultati (10). La statistica complessiva italiana, come la mia personale, possono considerarsi con sufficiente approssimazione come rappresentanti la mortalità media della isterectomia vaginale per carcinoma, *senza selezione di casi,* mortalità che, nel 1890, nel Congresso medico internazionale, veniva da Olshausen calcolata dal 10 al 15 %. Una selezione è

---

(1) *Festschrift f. Hegar,* 1889.
(2) *Archiv. f. Gynaec.,* Bd. 36.
(3) *Berliner Klinik,* 1891.
(4) *Archiv f. Gynaec.,* Bd. 37.
(5) *Berliner Klin. Wochenschrift,* 1891, N. 47.
(6) *Münchener med. Wochensch.,* 1890, N. 42 e 43.
(7) *Verhandl des X intern. Congres.*
(8) Krükenberg. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynæc.,* XXIII Bd., 1 H.
(9) « L'hysterectomie vaginale, » 1894.
(10) « Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten, » 1893, pag. 282.

però necessario farla dal punto di vista delle questioni che ci occupano. Concedetemi ora appunto di analizzare la mia mortalità complessiva rappresentata, come dissi, dal 9 %, non perchè io pretenda di dimostrare che le morte quasi non sieno morte, ma perchè da tali analisi mi pare sorga un argomento di molta importanza da aggiungersi agli altri, perchè la isterectomia vaginale sia preferita *sempre,* nei casi di carcinoma, all'amputazione vaginale e sopravaginale. Tale questione non ancora del tutto silente è stata molto discussa negli anni antecedenti. Verneuil, basandosi sulla sua pratica, Schroeder e la sua scuola, specialmente Hofmeier e Winter, basandosi, oltrechè sull'osservazione clinica, anche su considerazioni anatomiche che riguardano il modo di diffondersi del carcinoma secondochè ha sede sul collo, nel canale cervicale o nel corpo, volevano riservata l'amputazione alta del collo per il cancro della porzione vaginale, l'isterectomia per i casi della seconda e terza famiglia. In un mio lavoro antecedente, pubblicato nel gennaio 1890, ho già indicato diffusamente tutte le ragioni che militavano a favore della isterectomia. Nel Congresso internazionale del 1890, Schauta e Pozzi, relatori su questo stesso argomento, dimostrarono pure il lato debole delle argomentazioni degli avversarii, e non mi pare sia il caso di ripetere tale dimostrazione. Su questo punto non ho mutato d'avviso. Non regge neppure l'argomento che considera l'amputazione sopravaginale come *actum minoris periculi.* Il metodo statistico deve avere dei limiti che non si devono oltrepassare. Non appare tosto come due serie operatorie, comprendenti, l'una i casi di amputazione del collo, l'altra i casi di isterectomia vaginale non sieno confrontabili, non appare tosto evidente come l'una comprenderà soltanto i casi relativamente facili, quelli cioè in cui è applicabile, l'altra, insieme a questi, anche i casi avanzati? La forza di tale argomentazione si rileva subito quando si abbia cura di separare i risultati della isterectomia vaginale in due classi, una che comprenda i casi in cui sarebbe stata attuabile l'amputazione del collo, l'altra i casi in cui di necessità si sarebbe dovuto ricorrere alla isterectomia. È appunto quello che ho fatto colla mia statistica. Degli otto decessi, uno si è verificato per adiposi cardiaca, uno per collasso, uno per diabete, cinque per setticemia. Se noi ora classifichiamo i casi da me operati a seconda del criterio accennato, noi abbiamo 6 casi di carcinoma o sarcoma del corpo con un caso di morte, che non devono es-

sere considerati nella questione che qui si dibatte. Gli altri 82 casi così si dividono: casi di carcinoma del collo senza diffusione apparente al parametrio o alla vagina, N. 46 casi con 1 solo caso di morte; casi di carcinoma del collo con diffusione all' uno, all'altra o ad entrambi, N. 36 con 6 morti.

Nella serie dunque in cui sarebbe stata applicabile l' amputazione alta del collo la mortalità non è stata colla isterectomia che del 2. 17 %. Quale mortalità si può contrapporre a questa coll' amputazione alta del collo uterino? Il dott. Baker di Boston, nel 1888, riferiva, nell'*American Journal of Obstetrics*, 57 casi operati col termocauterio con 2 morti, colla mortalità quindi del 3. 50 %, mentre Winter più recentemente riferisce di 155 esportazioni parziali con 10 morti, cioè colla mortalità del 6.45 %(1). Lo stesso Winter in altra pubblicazione (*Annals ob Gynœcology*, february, 1891), sopra una più ampia statistica di 828 casi dà la mortalità del 2. 20 %. *Nei casi dunque confrontabili per la loro natura, per le difficoltà da cui sono circondati e perchè possono prestarsi indifferentemente all'amputazione alta ovvero all'isterectomia,* non si va lungi dal vero, affermando che la prognosi delle due operazioni può equivalersi. Quanto cammino in poco più di un lustro, dall'epoca (1888) cioè in cui Verneuil, nella memoranda riunione della Società francese di chirurgia, sosteneva con tanta eloquenza l'amputazione del collo, come più facile, più efficace, meno pericolosa ed affermava che l'isterectomia aveva una gravità che poche operazioni presentavano maggiore, dall'epoca in cui Byrne (1889), alla riunione della Società americana di ginecologia chiamava l'asportazione totale *un'operazione micidiale non compatibile coi sentimenti del dovere e della responsabilità.* Si aggiunga l'incertezza in cui noi ci troviamo sulla reale delimitazione del neoplasma anche nel senso dell' altezza. Prescindendo infatti dai casi, ormai numerosi, nei quali, accanto a lesioni limitate del collo, si osservarono focolai cancerosi nella parte alta della cervice e nel corpo, è raro, nei casi che si presentano per l'operazione, trovare che il neoplasma non sia già diffuso fino all' istmo e oltre all' istmo. Prescindendo dai casi affatto iniziali, rappresentati da limitate ulcerazioni epiteliomatose della porzione vaginale del collo, come comportarsi nei

(1) *Zeitschrift f. Geburt. u. Gynaek.*, XXII Bd., I H., 1891.

casi in cui, pur riconoscendo indenni vagina e parametrii, il collo è pressochè completamente distrutto, evasato, profondamente ulcerato a cratere? Ho messo tali casi nella prima categoria. Ebbene dall'esame post-operatorio dei 46 uteri esportati, appartenenti a detta categoria, solo in cinque l'amputazione anche alta del collo sarebbe stata rassicurante. Un altro fatto devo aggiungere che parla molto eloquentemente a favore della isterectomia anche in casi apparentemente indicati per l'amputazione del collo. Nel quadro statistico in cui ho procurato di compendiare accuratamente le mie osservazioni e che ho allegato alla relazione stessa, troverete (Osservazioni 19.ª, 21.ª, 25.ª, 35.ª), 4 casi di isterectomia praticata per recidiva a breve scadenza sul moncone, dopo che era stata praticata l'amputazione del collo. Ebbene due di esse sono tuttora senza recidiva alla distanza rispettivamente di 4 anni e 3 mesi, di 3 anni e 6 mesi dalla praticata isterectomia (Osservazioni 21.ª, 35.ª). È mia convinzione dunque che si debba estendere l'indicazione della isterectomia vaginale a tutti i casi di cancro della porzione vaginale, anche a quelli iniziali. Disgraziatamente al clinico si presentano molto di rado questi ultimi casi non solo, ma, accogliendo anche con una certa larghezza le indicazioni della isterectomia per carcinoma, abbiamo un procento relativamente basso di casi operabili in confronto con quelli inoperabili, sia per scarsa diffusione della cultura e pratica ginecologica, sia per il decorso subdolo della malattia, sia per imprevidenza dell'ammalata o per pregiudizio o per erronea interpretazione della perdita sanguigna da parte non solo dell'ammalata ma qualche volta del medico stesso. In quasi tutti i casi da me operati, erano presenti *almeno* da sei mesi sintomi che dovevano indiziare fortemente la malattia. Nella mia esperienza la proporzione dei casi operabili a quelli inoperabili è all'incirca di ventidue a cento. È pure a notarsi come, delle 88 operate, 56 spettino a Milano, quantunque l'Ospedale Maggiore accolga ammalate non solo dall'intera provincia di Milano, ma anche da parecchie limitrofe. Momssen ha dimostrato eguale fatto per Berlino e per la campagna (1). La proporzione invece dei casi ope-

(1) WINTER. « The pregress of obstetric and gynaecology in Germany. » *Annals of Gynaecology*, February 1891.

rabili ai non operabili fu oscillante nella clinica ginecologica di Berlino dal 25 al 31 %. Essa fu (1) rappresentata per:

Kaltenbach (Halle)	dal	30.8	%
Olshausen (Halle)	»	27.2	»
Czerny (Heidelberg)	»	27.1	»
Leopold (Dresda)	»	20.4	»
Fritsch (Breslau)	»	19.2	»
Schauta (Praga)	»	18.0	»
Schroeder, Hofmeier (Berlino) .	»	19.0	»
Gusserow (Berlino)	»	5.0	»

La breve digressione fatta non è inutile a dimostrare quanto resti a fare ancora perchè una delle più temibili malattie possa in tempo beneficare dell'arte e della scienza medica. Mi affretto a rientrare nell'argomento.

Quali sono i limiti entro cui devono contenersi le indicazioni della isterectomia per carcinoma? Quando dobbiamo noi, in altri termini, considerare clinicamente come operabile un caso di metrocarcinoma? Bisogna riconoscere come in questi ultimi tempi siasi andato designando una generale tendenza a contenere tale operabilità entro confini piuttosto ristretti, a limitare la indicazione della isterectomia ai casi in cui il neoplasma è rigorosamente, in apparenza almeno, circoscritto all'utero e ai casi in cui l'utero conservi la sua mobilità. Mentre io ritengo sia di danno alle ammalate ed all'arte, l'accingersi alla isterectomia anche quando i parametrii sono *largamente* invasi ed il neoplasma ha dilagato notevolmente oltre i confini dell'utero, nel retto o nella vescica, non posso però del tutto convenire nella rigorosa limitazione della indicazione voluta da alcuni. L'idea esposta e sostenuta da Thiem (2) nella 61.ª riunione dei medici e naturalisti tedeschi, tenutasi a Colonia nel settembre 1888, che l'isterectomia vaginale, anche nei casi che si suole chiamare inoperabili, sia la migliore cura palliativa, a mio avviso, deve assolutamente rifiutarsi. Se può esser vero che i sintomi dovuti all'accumulo di materiali stagnanti nella cavità uterina possono qualche volta

(1) Krukenberg, loco citato.
(2) *Centr. f. Gynaek.*, N 47, 1888.

essere leniti, e l'emorragia farsi meno grave e frequente, è indubitabile che ciò non compensa il senso di dolore e di profonda sfiducia nell'arte che ingenera lo spettacolo della recidiva rapidissima o galoppante, nella immensa maggioranza dei casi. A tale argomento d'ordine generale ne aggiungo uno specificato: la notevole frequenza colla quale in tali casi, per rapida invasione del retto e della vescica e loro ulcerazione, ne segue una fistola rettale o vescicale, rendendo così più insopportabile un'affezione già per sè così dolorosa. Analizzando l'ingente numero di carcinomi caduti sotto la mia osservazione e passati successivamente nei cronici, ho dovuto convincermi che tale invasione è molto più frequente nei casi operati che nei casi non operati. Ne troverete un certo numero nel mio quadro statistico.

Le considerazioni sopra accennate valgono per i casi in cui il neoplasma è molto diffuso, ma nei casi di limitata invasione della vagina o dei parametrii sotto forma di nodi ben distinti, individualizzati, nei casi in cui la vagina, quantunque invasa, è tuttora mobile, è rovesciabile, nei casi in cui l'utero non può abbassarsi ma è spostabile e un po' mobile *in situ*, e si possono circoscrivere col tagliente i nodi parametrali, in tali casi non mi pare possa negarsi alla paziente il conforto della speranza che l'operazione possa valere a guarirla o eventualmente a prolungare la sua esistenza. Nell'analisi delle mie osservazioni rispetto ai risultati lontani della isterectomia, vedremo come tale speranza possa qualche volta non essere vana.

Generalizzata l'indicazione della isterectomia a tutti i casi di carcinoma uterino operabili con intenti radicali, passiamo ad esaminare la tecnica. Qualunque sia il processo a cui ricorriamo, dobbiamo noi proporci in modo assoluto di asportare coll'utero trombe ed ovaie? La mia convinzione su questo punto è pure fatta, e non posso che confermare, dopo più matura esperienza, quanto esposi, nel lavoro già accennato, quattro anni or sono. Due argomenti si possono portare in campo a favore dell'ablazione degli annessi, la possibilità di forme nervose moleste o di accidenti peritoneali dovuti alla persistenza della funzionalità ovarica, ovvero la possibilità di recidiva nel moncone tubarico o nell'ovaio. Prescindendo dai lavori di Glaewecke (1) e di Grammati-

(1) *Archiv f. Gynaekologie*, Bd. XXXV, 1-II.

kati (1), che io ho già analizzato altrove e che sono conosciuti a tutti coloro che si occupano di ginecologia e restando nel campo della mia esperienza, ho fatto, nelle mie operate, le più diligenti ricerche in proposito, ma ne trassi la persuasione che tali timori sono vani o grandemente esagerati, per cui oggi ancora consiglierei di attenersi al concetto pratico di opportunità che io ho sempre seguito. Se gli annessi cadono nel campo operatorio ed è facile la loro asportazione, giova completare con questa la esportazione dell' utero; se la loro ricerca è appena appena indaginosa, se la loro ablazione non è specificatamente indicata da alterazioni in esse incoate, è meglio limitarsi alla pura e semplice isterectomia. Quanto al timore di lasciare nelle trombe elementi di recidiva, mi pare affatto insussistente. Io ho invitato il mio assistente volontario, dott. Luigi Villa, a fare ricerche nel tratto di tuba centrale, in molti uteri da me esportati, e le ricerche furono costantemente negative.

Nel praticare l'isterectomia vaginale prevale generalmente il concetto, fatta l' incisione vaginale o col bistouri o colle forbici o col termo-cauterio o col galvano-cauterio, di trarre l'utero in basso, senza capitombolo, separando l'utero da' suoi attacchi, previa emostasi colle legature di seta o di catgut ovvero mediante forcipressura, dopo aver scollato la vescica e aperto la piega di Douglas. Landau (2) dà il consiglio, specialmente per i casi di carcinoma alquanto avanzato, di lasciare intatto lateralmente, nella circoncisione vaginale, un piccolo ponte di mucosa onde evitare la possibilità, quando la mucosa è molto assottigliata e la cervice è in gran parte invasa dal neoplasma, di penetrare col tagliente nella zona vascolare della base del legamento largo ed avere così emorragie che di solito non si manifestano finchè l' utero è sottoposto a trazioni, ma che insorgono ad operazione compiuta. Il Landau dà grande importanza a tale precetto. Ho trovato utile qualche volta seguirne il consiglio, ma non posso esagerarne la portata. Riguardo alla incisione vaginale, io la pratico di solito, nei casi in cui il neoplasma non è molto diffuso e l'utero può trarsi alla vulva, col bistouri, nei casi in cui l'utero è fisso ed elevato, ma l'indicazione non è data dal carcinoma, mi servo

---

(1) *Centr. f. Gynaekologie*, N. 7, 1889.

(2) *Berliner Klin. Woch.*, 1888, N. 9 e 10. — Vedasi anche: Abel. « Zur Technik der vaginalen Uterus extirpationen. » *Archiv f. Gynaek.*, Bd. XLVI, H. 1, 1894.

volontieri della forbice curva sul piatto, mentre nei casi di carcinoma alquanto avanzato dò la preferenza al galvano-cauterio, col doppio vantaggio di non avere il gemizio di sangue dalla incisione vaginale, e diminuire la probabilità di innesti eventuali sulla linea d'incisione. Il raschiamento non lo pratico se non quando gli inconvenienti che alcuni vi attribuiscono (penetrazione nelle vene e nei linfatici di elementi neoplastici), sono di gran lunga superati dai vantaggi che ne derivano o alla tecnica operatoria o all'antisepsi, le quali esigono qualche volta o che si demolisca il neoplasma rigogliosamente vegetante entro la vagina, o si raschino le masse proliferanti entro il canale cervicale le quali non permettono una rigorosa disinfezione. Lo sbrigliamento vulvo-vaginale consigliato da Chaput nei casi di rigidità e ristrettezza della vulva e della vagina non l'ho praticato che una volta (osserv. 83.ª), e devo riconoscere come l'atto operativo ne sia stato molto facilitato, aggiungo però tosto come colla pazienza e colla destrezza si possa riuscire ad estirpare uteri relativamente voluminosi attraverso a genitali angusti di nullipare o rigidi di donne in età avanzata. Queste accennate sono ad ogni modo piccole particolarità operatorie che non richiedono una discussione speciale. Una invece ne meriterebbero i seguenti punti. La forcipressura merita la preferenza sulle legature progressive? Il peritoneo deve chiudersi ovvero torna meglio lasciare aperta l'ampia breccia residua alla esportazione? Abbiamo a quest'ultimo riguardo opinioni contradditorie e non si può dire che la questione sia risolta. In via generale, in Germania, prevale una tendenza alla chiusura generale o parziale della breccia peritoneale, mentre in Francia prevale una tendenza opposta. Chi pratica la forcipressura risolve già implicitamente tale problema.

Esporrò più tardi i risultati della mia osservazione e della mia esperienza. I casi clinici sono del resto così varii l'uno dall'altro, sono così diverse da caso a caso le circostanze in cui si opera, diffusione del neoplasma, lacerabilità dei tessuti, angustia e rigidezza della vagina e della vulva, stato del cuore e dei reni, resistenza organica, ecc., che sarebbe difficile anche al più coscienzioso osservatore il fare due serie che si possano paragonare. L'abilità acquistata nell'uno o nell'altro processo può anche valere a modificare i risultati della serie. Per conto mio non ho più contro la forcipressura la prevenzione mostrata in al-

cuni scritti antecedenti. L'analisi ragionata dell'uno e dell'altro metodo, senza preconcetti, guidata dall'esame spassionato dei risultati ottenuti dai caldeggiatori della legatura e della forcipressura, parrebbe condurre alle seguenti affermazioni:

A. Legatura progressiva:

1) È metodo più elegante, più artistico, richiede maggior destrezza ed abilità, ma anche maggior tempo.

2) Permette, a seconda dei casi, di chiudere o lasciare aperta la breccia addominale.

3) Dà meno dolori nei giorni che seguono l'operazione.

4) Permette al pari della forcipressura, l'emostasi immediata, assicura meglio quella consecutiva.

5) É noiosa l'attesa della caduta dei fili, se si lasciano lunghi in vagina; favorisce suppurazioni successive, se si tagliano corti essendo facile il loro inquinamento per mezzo del neoplasma.

6) Rende laboriosa l'operazione nei casi di utero poco mobile e di notevole diffusione del neoplasma.

B. Forcipressura:

1) Richiede minor tempo, riduce quindi al *minimum* i pericoli della narcosi, del collasso, dell'eventuale degenerazione grassa del cuore.

2) Permette di operare con relativa facilità anche i casi di notevole diffusione del neoplasma ed estende in tal modo i limiti della isterectomia.

3) Non permette di chiudere la breccia peritoneale, il che può essere invocato come un vantaggio o come uno svantaggio.

4) Dà maggior somma di sofferenza nei primi due giorni dopo l'operazione.

5) Assicura l'emostasi immediata, ma lascia qualche trepidanza al momento in cui si levano le pinze.

6) Il trattamento consecutivo è più semplice, quantunque la breccia richieda a chiudersi definitivamente circa quaranta giorni, per la eliminazione completa dei tessuti necrosati.

La forcipressura può essere pure considerata da un punto di vista speciale, se cioè essa, evitando completamente, quando si premetta l'incisione della vagina col galvano-cauterio, cruentazioni di ogni sorta, non renda meno probabile l'eventualità di un innesto. Dai più si sostiene che

le recidive locali derivino quasi sempre da piccoli nidi neoplastici, sfuggiti all' opera del chirurgo, avendo perso terreno in questi ultimi tempi l'ipotesi antica che nelle vicinanze del campo operatorio il tessuto sano degenerasse cancerosamente. Tale convinzione è espressa recisamente da König, il quale afferma che la recidiva locale avviene perchè colla esportazione del tumore si lasciano parti di esso. Winter (1) che ha fatto recentemente con tanta accuratezza lo studio della recidiva del metrocarcinoma, sopra 58 recidive osservò 54 recidive locali, delle quali 32 poteva attribuire sicuramente, considerando il decorso della operazione, all'aver lasciato germi cancerosi. È una esperienza del resto da me fatta e che tutti avranno fatto con me, che l' operatore può già predire con quasi sicurezza, operando casi di metrocarcinoma avanzato, dove avverrà la recidiva. Winter assegna alla recidiva locale i seguenti caratteri:

1) essa incomincia nella immediata vicinanza della cicatrice;

2) ha principio in punti circoscritti e cresce perifericamente in modo lento;

3) in generale, nella sua diffusione, segue la stessa via lungo la quale si diffonde il carcinoma quando non sia operato.

Oltre alla recidiva locale, a quella linfatica ghiandolare, a quella metastatica, Winter descrive ed analizza accuratamente quella da innesto, dovuta al seminio di elementi cancerosi nel tessuto sano durante l'operazione stessa. Si accetti o si rifiuti l'origine parassitaria del cancro, la clinica e l' anatomia dimostrano tale possibilità e Winter fa una lunga enumerazione delle osservazioni e dei fatti che la comprovano. I chirurghi che accettano tale recidiva da innesto dànno anche una serie di consigli per evitarla. Hahn per es. consiglia di chiudere la ferita con altri strumenti che non sieno quelli stati adoperati per asportare il neoplasma, e Fritsch avverte di non impiantare su tessuti sani pinze uncinate che abbiano già afferrato il neoplasma. Non è dunque razionale l'ammettere che colla forcipressura associata alla incisione vaginale col galvano-cauterio, non avendo superfici sanguinanti, risparmiando le punture e i tragitti degli aghi, si renda meno probabile la recidiva da innesto? Come speciale vantaggio

---

(1) « Ueber die Recidive des Uterus Krebres insbeesondere über Impfrecidive. » *Zeit. f. Gynaek. und Geb.*, XXVII Bd., I H., 1893.

della forcipressura, Landau (l. c.) cita pure la necrosi dei tessuti compresi nei klemmer per il tratto di 1-2 cent. Certo la dimostrazione clinica che la forcipressura, dia risultati più durevoli che gli altri metodi non è stata data, ma dovendo giudicare imparzialmente dei vantaggi e svantaggi del metodo, non poteva certo omettere i due argomenti accennati quantunque abbiano sinora soltanto una base teoretica. Comunque sia, non possiamo ora più accettare che la forcipressura aumenti la mortalità o predisponga a speciali accidenti operatorii. Le due pubblicazioni più recenti, che risalgono a pochi mesi or sono, di partigiani esclusivi della forcipressura lo dimostrano, avendo Richelot avuto nella sua nuova serie una mortalità del 6. 81 %, e Landau, unendo ai suoi casi quelli di Abel, una mortalità del 5. 4 %.

La mia esperienza sulla isterectomia può dividersi in tre periodi, contradistinti da modificazioni abbastanza profonde del tecnicismo. Nel primo praticai le legature frazionate con seta, lasciando aperta la breccia; nel secondo mi servii pure delle legature progressive con seta, suturando però sierosa con mucosa all'avanti ed all'indietro, e quindi sierosa con sierosa nel senso antero-posteriore; nel terzo periodo praticai la forcipressura. L' importanza dell'argomento esige che entri in una analisi un po' minuta dei risultati ottenuti.

TABELLA 1.ª

Casi distinti a seconda della sede.

Carcinomi del corpo (compresovi un caso di sarcoma)	casi 6,	guarig. 5,	morti 1,	mortalità 16. 66 %
Carcinomi del collo	» 82,	» 75,	» 7,	» 8. 53 »

TABELLA 2.ª

Casi distinti a seconda della diffusione del processo.

Carcinomi del collo N. 82:				
a) senza diffusione apparente alla vagina od al parametrio .	casi 46,	guarig. 45,	morti 1,	mortalità 2. 17 %
b) con diffusione alla vagina, al parametrio o ad entrambi .	» 36,	» 30,	» 6,	» 16. 66 »

TABELLA 3.ª

Casi distinti a seconda del tecnicismo operatorio senza distinzione di sede o di estensione del processo.

1.ª Classe: legatura frazionata con seta; breccia aperta	casi 23,	guarig. 20,	morti 3,	mortalità 13.04 %
2.ª Classe: legatura frazionata con seta; sutura siero-mucosa e siero-sierosa	» 40,	» 38,	» 2,	» 5.00 »
3.ª Classe: forcipressura . . .	» 25,	» 22,	» 3,	» 12.00 »

TABELLA 4.ª

Casi distinti a seconda della sede, della estensione del processo, del tecnicismo.

A. Carcinomi del corpo (compresovi un caso di sarcoma):				
1.ª Classe: legatura frazionata con seta, breccia aperta	casi 2,	guarig. 1,	morti 1,	mortalità 50.00 %
2.ª Classe: legatura frazionata con seta, sutura siero-mucosa e siero-sierosa	» 2,	» 2,	» 0,	» 0.00 »
3.ª Classe: forcipressura . .	» 2,	» 2,	» 0,	» 0.00 »
B. Carcinomi del collo:				
1.ª Classe: legatura frazionata con seta, breccia aperta:				
a) senza diffusione ecc. .	» 13,	» 12,	» 1,	» 7.69 »
b) con diffusione ecc. . .	» 8,	» 7,	» 1,	» 12.5 »
2.ª Classe: legatura frazionata con seta, sutura siero-mucosa e siero-sierosa:				
a) senza diffusione ecc. .	» 23,	» 23,	» 0,	» 0.00 »
b) con diffusione ecc. . .	» 15,	» 13,	» 2,	» 13.33 »
3.ª Classe: forcipressura:				
a) senza diffusione ecc. .	» 10,	» 10,	» 0,	» 0.00 »
b) con diffusione ecc. . .	» 13,	» 10,	» 3,	» 23.07 »

Dallo studio dei quadri esposti risulta:

1) *Che la mortalità della isterectomia per carcinoma del corpo è superiore a quello della isterectomia per carcinoma del collo.*

A priori si può supporre debba essere così e possiamo anche ammettere che la esiguità del numero dei casi non infirmi tale proporzione, almeno nei casi avanzati, pensando al volume del viscere, alla impossibilità di abbassarlo, alle maggiori difficoltà del tecnicismo, alla maggiore facilità di inquinare il peritoneo, quando siamo costretti a ledere l'integrità del viscere. Krukenberg però, che ha fatto lo spoglio del vastissimo materiale della clinica ginecologica di Berlino, dà per il carcinoma del collo, la mortalità del 12. 7 %, contro la mia del 8. 53 %, per il carcinoma del corpo quella del 10 %, contro la mia del 16. 66. Mentre nella statistica di Krukenberg, il carcinoma del corpo sta al carcinoma del collo nella proporzione di 15 a 100, nella mia statistica starebbe nella proporzione molto inferiore di 6 a 100, deducendo il caso di sarcoma.

2) *L'elemento pronostico più importante nella isterectomia vaginale per carcinoma del collo è la diffusione del processo alla vagina od al parametrio.*

Mentre abbiamo infatti in questa categoria di casi una mortalità del 16. 66 %, la mortalità discende al 2. 17 % nei casi in cui tale diffusione manca.

3) *È meno dimostrabile l'influenza del tecnicismo operatorio o quanto meno essa è superata dalla influenza della diffusione del processo.*

Dall'esame della mia statistica, risulta che chiudendo la breccia, si avrebbe la mortalità minore del 5 %, mentre sarebbe pressochè uguale la mortalità lasciandola aperta, sia servendosi delle legature con seta (13 %), sia della forcipressura (12 %). È tosto a notarsi come la forcipressura abbia avuto una serie sfavorevole, avendosi in essa un caso di morte per diabete, al quale esito è affatto estraneo il tecnicismo operatorio e un caso di diffusione del neoplasma alla vescica nel quale si dovette resecare un pezzo di quest'organo. A dimostrare poi come il tecnicismo passi in seconda linea rispetto alla diffusione del processo, come la sua influenza sia cancellata dalla influenza del secondo fattore enunciato, vediamo come, sia chiudendo la breccia e servendosi della seta, sia lasciandola aperta e servendosi della forcipressura, noi abbiamo la mor-

talità zero per i casi in cui non havvi diffusione di processo alla vagina od al parametrio.

Passiamo ora ad esaminare la controversa questione della curabilità chirurgica del metrocarcinoma mediante l'isterectomia. Lo scetticismo non è per nulla giustificato in questo campo come non lo è in nessun altro campo dell'attività chirurgica, ed è troppo comodo sistema di critica il rispondere a coloro che presentano casi di guarigione durevole di carcinoma, *avete sbagliato diagnostico*. Se questo può per avventura darsi di alcuni casi di carcinoma iniziale, il cui diagnostico riposa sull'esame istologico compiuto da persone che non hanno grande competenza ovvero anche eccezionalmente da istologi consumati, che dire dei casi di carcinoma conclamati, in cui la diagnosi anatomica-macroscopica-clinica s'imponeva alla evidenza prima della operazione e dopo l'operazione, dei casi di operazione di carcinomi recidivi pur seguiti da guarigione durevole? Non è ormai più serio il muovere oggi tale obbiezione ad un'infinita legione di osservatori che hanno tutta la competenza per bene osservare. Le guarigioni sono rare, relativamente al numero dei casi operati, e le ragioni sono molteplici ed ovvie, ma sono indiscutibili. La questione non è dunque sostanziale, ma piuttosto numerica. In tutto il campo della chirurgia si ha un risveglio di speranze, un movimento ascensionale nel procento delle guarigioni. Osservisi quanto avviene per il cancro mammario. Le guarigioni di oltre 3 anni che Winiwarter calcolava al 5.5 %, salgono al 8.8 % con Fischer, all'11.5 % con Esmarch, al 17.8 % con Volkmann, al 21.5 % con Küster, al 23 % con König, al 32.3 % con Bergmann. Nella discussione notevole sulla guarigione del carcinoma alla Società tedesca di chirurgia nel 1889, vennero portati alla tribuna casi eloquentissimi di guarigioni durevoli anche dopo operazioni di recidive ghiandolari ripetute, e guarigioni anche di quel carcinoma che si riteneva sinora come assolutamente incurabile, il carcinoma della lingua.

Nella decima riunione della Società italiana di chirurgia, si discusse eguale argomento con speciale riguardo alla isterectomia per carcinoma. Certo le note di quella riunione non sono liete. Così Durante riferiva che nella maggioranza de' suoi casi la malattia era recidivata e l'ammalata era morta da 6 a 24 mesi dopo l'operazione: Caselli aggiungeva a conferma i risultati della propria esperienza e confessava come non

si sentisse di raccomandare tale operazione e come egli non operasse che dietro espresso desiderio dell'ammalata, e D'Antona ammetteva che la sua esperienza era triste. Casi di guarigione durevole di isterectomia per carcinoma ne cita Berruti nel suo lavoro già accennato spettanti a lui stesso, a Bergesio, a Biondi, a Bottini, a Carle, a Cavazzani, a Franzolini, a Frattina, a Novaro, a Romiti, a Ruggi, a Tibone. Nella Società ostetrica e ginecologica di Pietroburgo, nella seduta del 30 dicembre 1893, Ratchinski presentò un' ammalata senza recidiva nella quale era stato levato l'utero 8 anni e mezzo prima, e altri casi citarono Rein, Fenomenoff, Ott, Olenine, in cui non si era avuto recidiva dopo 4, 5, 7, 8 anni. Questi ultimi fatti sono preziosi, mettono fuori dubbio la possibilità di una guarigione duratura del metrocarcinoma, ma non indicano quale sia il grado di frequenza di tale possibilità, sono documenti isolati, sono pagine sparse nella storia della curabilità del carcinoma dell'utero, ma non servono a tratteggiare e lumeggiare a sufficienza la questione della recidiva del metrocarcinoma. Gli elementi per uno studio adeguato a tale questione dobbiamo chiederli alle statistiche coordinate a tale indagine. Innanzi tutto quando dobbiamo noi considerare come guarita un' ammalata di carcinoma? La dimanda non è oziosa poichè dalla risposta che si dà ad essa dipende l' interpretazione delle statistiche. Non essendo infatti univoco tale criterio, si comprende agevolmente come si possa avere un procento molto diverso di guarigioni nelle diverse statistiche. *Di qui la opportunità di determinarlo in modo possibilmente uniforme.* Volendo stabilire un termine non capriccioso e determinare una legge che, salvo eccezioni, stabilisca i rapporti della curabilità chirurgica del metrocarcinoma, essa potrebbe essere così formulata: *può considerarsi guarita una donna operata per metrocarcinoma, quando sia trascorso un certo numero di anni, oltre i quali l'esperienza dimostra che la recidiva è eccezionale.*

Ora quale numero d' anni dobbiamo noi accettare? Hofmeier (1) afferma che le ammalate di carcinoma della porzione vaginale sono garantite dalla recidiva locale, quando sia trascorso un anno circa dalla operazione senzachè si mostrino fatti locali sospetti. Schroeder stabilisce

(1) « Ueber die endgültige Heiluug des Carcin. cervic. uteri durch die Operation. » *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, XIII Bd., 1886.

invece nel suo trattato questo corollario: se, fra 78 ammalate che sopravvissero alla operazione, 24, ovvero il 31 % sono ancora esenti da recidiva, due anni più tardi, è permesso di affermare che l'ablazione curativa del cancro uterino è pienamente giustificata. Martin (l. c.) accoglie come prova di guarigione che siano trascorsi due anni senza recidiva. La durata di *due anni senza recidiva dalla operazione,* come generalmente si accetta dai ginecologi tedeschi, mi pare troppo breve. Per il cancro mammario i lavori di Gross (1) hanno stabilito che, trascorso il 3.° anno senza recidiva, questo si manifesta solo nel 2, 3 % delle sopravviventi. Può quindi accettarsi per il cancro della mammella il limite di 3 anni *senza recidiva* come criterio di grandissima probabilità di guarigione. Per stabilire tale criterio per il cancro uterino, mi sono servito della statistica di Krukenberg, una delle più circonstanziate, che abbraccia una lunga serie di anni. Da essa risulta come, nel carcinoma della porzione vaginale del collo, dopo il 5.° anno dalla operazione non siasi più osservato alcun caso di recidiva, e nel 4.° anno il 7.1 % di recidiva. Come criterio di guarigione definitiva per il carcinoma uterino, noi dobbiamo dunque accettare un limite più elevato che non per il cancro mammario, possiamo cioè *considerare come durevolmente guarite le operate di isterectomia vaginale per carcinoma del collo, quando sieno trascorsi quattro anni senza recidiva dalla operazione.* Nella statistica di Krukenberg erano senza recidiva:

dopo il 1.° anno	58.5 %
» il 2.° »	44.7 »
» il 3.° »	37.5 »
» il 4.° »	29.5 »
» il 5.° »	17.6 »

Rispetto alla frequenza della recidiva, così classifica Krukenberg in ordine crescente le diverse forme di carcinoma:

1. Carcinomi della mucosa cervicale non ancora molto avanzati . . . . . 33.3 % di recid.

(1) « A clinical study of carcinoma of the breast, and its treatment. »

2. Carcroidi superficiali della porzione vaginale . .	36. 4	% di recid.
3. Piccoli tumori a cavolfiore della porzione vaginale	42. 4	» »
4. Carcinomi avanzati della mucosa cervicale . . .	58. 8	» »
5. Carcinomi delle pareti cervicali	60. 0	» »
6. Voluminosi tumori a cavolfiore della porzione vaginale	62. 5	» »
7. Cancroidi della porzione vaginale profondamente ulcerati penetranti nella sostanza cervicale . . .	80. 0	» »

Le circostanze che dànno una prognosi più sfavorevole sono, a seconda della mia esperienza, la gravidanza ed il puerperio, l'età giovane come condizioni generali; e riguardo alla sede, il carcinoma del canale cervicale che abbia invaso notevolmente lo spessore delle pareti della cervice.

Richelot del suo materiale statistico utilizza 28 casi, poichè negli altri, eliminate le morti operatorie, l'isterectomia vaginale non aveva che il valore di una operazione palliativa. Di esse erano viventi e senza recidiva al momento della pubblicazione del suo libro, oltre ad otto ammalate operate da meno di due anni,

1	dopo	2	anni			
1	»	2	»	e	5	mesi
1	»	2	»	e	7	»
1	»	3	»	e	1	»
1	»	3	»	e	4	»
1	»	3	»	e	6	»
1	»	4	»	e	1	»
1	»	6	»	e	10	»
1	»	7	»	e	3	»

L'amputazione sopravaginale del collo dà risultati più durevoli? Winter nel lavoro accennato riferisce su 155 estirpazioni parziali: 10 donne morirono per l'operazione, di 13 non si ebbe notizie, per cui esamina gli altri 132 casi dal punto di vista della recidiva:

nel	1.°	anno	si ebbero	N.°	57	recidive
»	2.°	»	»	»	10	»
»	3.°	»	»	»	5	»
»	4.°	»	»	»	5	»

nel 5.°	anno	si ebbero	N.°	3	recidive
» 6.°	»	»	»	0	»
» 7.°	»	»	»	0	»
» 8.°-12.°	»	»	»	0	»

Winter calcola a 38 % le operate rimaste libere da recidiva dopo due anni. Per l'esportazione totale, abbiamo, scegliendo gli operatori che accettano il criterio di due anni senza recidiva come espressione di guarigione durevole, con Leopold il 64 $^{4}/_{10}$ % di guarigioni, con Schauta il 47 $^{3}/_{10}$, con Olshausen il 47 $^{5}/_{10}$, con Fritsch il 47. Martin, per un anno e mezzo ha il 70 %, Winter dà una proporzione di operate senza recidiva dopo 5 anni del 26. 5 %, ma Fritsch ne dà una per eguale periodo di tempo del 36 % (1). Non è dunque punto dimostrabile sulla base di tali cifre che l'amputazione sopravaginale del collo dia risultati più durevoli, mi pare anzi dimostrato il contrario, quando si rifletta che *necessariamente* i casi in cui si pratica l'amputazione del collo appartengono ad una serie *selezionata.*

Concedetemi ora di prendere in esame la mia statistica. Non disponendo che di 88 casi, non ho potuto fare come Krukenberg delle numerose distinzioni, mi sono per ciò limitato a distinguerli in due categorie, carcinomi del corpo e carcinomi del collo, distinguendo questi in due sottoclassi, secondoché non si aveva o si aveva diffusione evidente alla vagina, al parametrio o ad entrambi. Nel calcolo dei risultati remoti ne ometto 5 (1 morta, 4 guarite) essendo state operate da troppo breve tempo, dopo il 30 maggio 1894. Delle residue 83, 7 morirono per l'operazione, di 7 non si riescì ad avere notizie sicure, per cui l'esame rispetto ai risultati remoti resta limitato a 69 casi; di questi 4 si riferiscono a carcinomi del corpo, 65 a carcinomi del collo. Ho sempre interpretato nel senso più sfavorevole le notizie raccolte: così quelle sospette le ho messe addirittura nelle recidivate; quelle in cui

(1) Dal lavoro di Buecheler apparso nella *Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynaek.*, XXX Bd., 2 H., mentre attendeva alla correzione delle stampe, la curabilità definitiva del carcinoma uterino mediante l'isterectomia vaginale è dimostrata luminosamente. Detto lavoro è basato sulla esperienza del defunto prof. Kaltenbach, e da esso risulta una percentuale del 28 0[0 di guarigioni durature da 5 a 7 1[2 anni dopo l'operazione.

ho constatato la recidiva, non ho calcolato questa dal momento della constatazione, ma l'ho fatta risalire quanto più indietro era possibile, fino alla comparsa dei primi segni sospetti. Una delle operate nel 1890 (osserv. 28.ª), vivente nel 1893 dopo 3 anni dalla operazione, ma della quale non si riuscì ad avere notizie nel settembre 1894, è stata messa fra le irreperibili. Un'altra operata pure nel 1890 (osserv. 30.ª) della quale consta essere tuttora vivente, ma della quale non si riuscì ad avere alcuna notizia precisa, è stata messa pure fra le irreperibili. Le tabelle seguenti espongono i risultati lontani.

A. Carcinomi del corpo, N. 4 casi:

1 caso recidiva nei primi 6 mesi, morta
1 » vivente senza recidiva dopo 4 mesi
1 » » » » 7 »
1 » » » » 3 anni e 10 mesi.

B. Carcinomi del collo con diffusione alla vagina od al parametrio, N. 22 casi:

Recidive: N. 16:

Nei primi 6 mesi	N. 9	—	tuttora viventi	1	—	morte	8
» » 12 »	» 4	—	»	0	—	»	4
» » 18 »	» 1	—	»	0	—	»	1
Dopo 3 anni e mezzo	» 2	—	»	1	—	»	1
	—			—			—
	N. 16	—	tuttora viventi	2	—	morte	14

Tuttora viventi senza recidiva, N. 7:

N. 2	—	4 mesi	dopo l'operazione
» 1	—	2 anni	»
» 1	—	2 » 8 mesi	»
» 1	—	3 » 5 »	»
» 1	—	3 » 9 »	»

C. Carcinoma del collo senza diffusione secondaria, compresivi quelli del canale cervicale, N. 43.

Recidive: N. 21:

Nei primi 6 mesi	N. 17	—	morte 14	—	tuttora viventi	3
» » 12 »	» —	—	» —	—	»	—
» » 18 »	» 2	—	» 1	—	»	1
Dopo 4 anni	» 2	—	» 0	—	»	2
	—		—			—
	N. 21	—	morte 15	—	tuttora viventi	6

Viventi senza recidiva, N. 22:

N. 1 —		10	mesi	dopo	l'operazione
» 1 —		11	»	»	»
» 1 —	1 anno	4	»	»	»
» 1 —	1 »	7	»	»	»
» 1 —	1 »	9	»	»	»
» 2 —	2 »	0	»	»	»
» 2 —	2 »	3	»	»	»
» 1 —	2 »	4	»	»	»
» 1 —	2 »	7	»	»	»
» 1 —	2 »	9	»	»	»
» 1 —	3 »	3	»	»	»
» 1 —	3 »	4	»	»	»
» 1 —	3 »	6	»	»	»
» 1 —	3 »	7	»	»	»
» 2 —	4 »	0	»	»	»
» 1 —	4 »	3	»	»	»
» 1 —	4 »	6	»	»	»
» 1 —	5 »	3	»	»	»
» 1 —	5 »	6	»	»	»

Seguendo il criterio comune di due anni per avere una possibilità di confronto con altre statistiche, per i casi della prima categoria, sopra 16 operate ne abbiamo 6 libere da recidiva dopo due anni, cioè

il 37. 5 %, per i casi della seconda categoria sopra 43 operate ne abbiamo 19, cioè il 44. 18 %. Certo non possiamo considerare come guarite dette operate a norma del criterio da me accettato. Così delle 6 della prima categoria, due ebbero più tardi la recidiva dopo 3 anni e mezzo, e delle 19 della seconda, due la ebbero dopo 4 anni. Ad ogni modo riunendo le sopraviventi senza recidiva dopo 2 anni dell'una e dell'altra classe ne abbiamo 17 così distribuite:

9 fra 2 e 3 anni
6 » 3 e 4 »
4 » 4 e 5 »
2 » 5 e 6 »

Secondo l'ampia statistica di Krukenberg, dopo il 5.° anno non si osservò più alcuna recidiva, e nel corso del 3.°, 4.° e 5.° anno, le sopravviventi senza recidiva hanno all'incirca 9 probabilità sopra 10 di essere durevolmente guarite. Io posso dunque considerare due delle operate di quest'ultimo gruppo come definitivamente guarite, posso sperare che 17 delle altre 19 non sieno colte ulteriormente da recidiva. Considerando le guarigioni durevoli se non sicure molto probabili conseguite, considerando ad ogni modo la lunga serie di anni di sopravivenza senza recidiva, senza sofferenze, senza dolori che l'arte largì a donne condannate inesorabilmente, ho ragione di affermare che in questo campo come negli altri, la chirurgia non può retrocedere, non può risalire a ritroso dei tempi, non può cancellare le splendide conquiste dell'arte, ho ragione di conchiudere come conchiudeva l'Olshausen nel 10.° Congresso medico internazionale, che l'isterectomia vaginale per carcinoma è una operazione altamente benefica (*eine segensreiche operation*), che non può scomparire dal numero delle operazioni ginecologiche. I risultati immediati sono già buoni, sono incoraggianti quelli lontani. Spetta a noi renderli migliori, mediante una più accurata selezione dei casi, mediante una diagnosi possibilmente precoce, mediante il perfezionamento continuo della tecnica, ma spetta ad ogni medico il compito di far sì che vada scemando quella falange di donne, che, vero esercito del dolore, non richiedono che troppo tardi l'opera dell'arte.

OSSERVAZIONI DI ISTERECTO

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
1	Virginia La..., 25. Milano.	Prima mestruazione a 12 anni, 3 parti a termine, l'ultimo il marzo 1886.	Emorragie da due anni. Stato generale buono. Non ghiandole inguinali ingrossate.	Padre morto di cancro.	Carcinoma midollare porzione vaginale del
2	Maria For..., 28. Milano, Lazzaro Spallanzani, N. 6.	Prima mestruazione a 11 anni, 1 parto 3 anni prima strumentale.	Emorragie da due mesi. Stato generale discreto. Non ghiandole inguinali ingrossate.	Madre morta di cancro.	Carcinoma della po vaginale del collo.
3	Marianna Inver..., 39. Osteria Valle Ambrosia, Comune Ossago.	Prima mestruazione a 17 anni, 5 parti, l'ultimo 4 anni prima.	Perdite sanguigne fetenti da un anno. Stato generale buono. Non ghiandole inguinali ingrossate.	Negativo.	Carcinoma della po vaginale fino alla vaginale e del canal vicale.
4	Carolina Piov..., 50. Milano, Via Anfiteatro, 16, p. III.	10 parti.	Da 15 mesi perdite sanguigne. Antecedenti attacchi apoplettici, ateroma diffuso.	Negativo.	Cancro della porzione nale del collo, della v del parametrio di sin
5	Maria La..., 35. Milano, Via Luigi Canonica, N. 40, piano II, fuori P. Tenaglia.	Nullipara.	Da due mesi emorragie. Nutrizione discreta. Ghiandole inguinali ingrossate.	Negativo.	Carcinoma del canal vicale.
6	Anna Can..., 32. Milano, Marco d'Oggiono, N. 6.	Nullipara.	Da tre mesi perdite sanguigne e perdite fetenti da 15 giorni, fitte dolorosissime all'ipogastrio, denutrita. Ghiandole inguinali ingrossate.	Negativo.	Carcinoma esteso dell zione vaginale, anco spettati vagina e pa trii.
7	Rosa San...., 48. Cascina Maddalena, fuori P. Magenta.	9 parti; da 2 anni nella menopausa.	Da un anno emorragie e perdite fetenti. Nutrizione discreta. Ghiandole inguin. ingrossate.	Negativo.	Cancro della porzion ginale molto esteso n diffuso apparentemen alla vagina nè ai metrii.
8	Domenica Co..., 42. Prato Camportaccio.	10 parti.	Da un anno emorragie, perdite graveolenti. Dolori. Nutrizione discreta.	Negativo.	Cancro della porzione nale fino al limite vag
9	Anna Mar..., 43. Milano, P. Vittoria, 32.	1 parto.	Da due mesi perdite sanguigne. Nutrizione discreta. Ghiand. inguinali tumide.	Negativo.	Carcinoma cervicale.
10	Carolina Val..., 60, nata Mombello, domiciliata a Milano.	14 parti.	Emorragie da un mese. Non ghiandole inguinali.	Negativo.	Infiltrazione canceros collo diffuso alla vagi steriormente ed al leg to largo di sinistra.
11	Angela Bi....	1 parto.	Da sei mesi emorrag e e dolori lancinanti che si irradiano lungo la gamba destra. Non ghiand. inguinali.	Negativo.	Carcinoma della po vaginale e del cana vicale diffuso al lega largo di sinistra.

INALE PER CARCINOMA.

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
braio 1889. Legature pro-ve con seta. Nessuna su- Fili in vagina.	Guarigione.	Esportate le ovaie, fenomeni jodoformici gravi.	Ottimo fino al 1893; nel giugno di quest'anno insorse ischialgia ribelle con sospetto di riproduzione nel cellulare pelvico che si conferma nel 1894. 1. 9. 94, tuttora vivente in grado di estrema emaciazione.
zo 1889. Nessuna sutura. ure progressive con seta. n vagina.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Nessun segno di recidiva (settembre 94).
le 1889. Nessuna sutura. ure con seta perdute.	Guarigione.	Esportate le ovaie.	Recidiva nell'agosto, nel settembre fistola vagino rettale: passa nelle croniche, nel novembre 1889, dopo infruttuosi tentativi di operazione plastica: muore pochi mesi dopo.
le 1889. Nessuna sutura. ure con seta. Fili in vagina. inze emostatiche.	Guarigione.	Lasciate le ovaie, attacco apoplettico in 2.ª giornata, del quale si rimette completamente.	25. 3. 90. Constatata la recidiva sotto forma di piccoli nodi. † 12. 6. 90. previa formazione di fistola vescico-vagino rettale.
no 1889. Nessuna sutura. ure con seta. Fili lunghi gina.	Guarigione.	Esportato un ovaio.	Nessun segno di recidiva (settembre 1894).
io 1889. Nessuna sutura. ure con seta. Fili lunghi in a.	Guarigione.	Conservate le ovaie.	Recidiva al principio del 90. Morte nello stesso anno, previa formazione di fistola retto-vaginale.
embre 1889. Metodo opera- *ut supra.*	Guarigione.	Conservate le ovaie.	Constatata la recidiva il 2. 3. 90. † pochi mesi dopo.
bre 1889. Metodo operatorio *ra.*	Guarigione.	Conservate le ovaie.	Morta 6 mesi circa dopo l'operaz. in seguito a ripr. del neoplasma. (Lettera del dott. Ruffa Achille).
bre 1889. Metodo operatorio *ra.*	Guarigione.	Conservate le ovaie, fenomeni d'intossicazione jodoformica.	Segni di recidiva nel gennaio 1890. Rientrata nel febbraio 90, passata nei cronici il 4 marzo 90. † nell'autunno.
embre 1889. *Ut supra.*	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Nessuna traccia di recidiva alla fine del 1890. Il 13 luglio 91 si avverte recidiva sotto forma di nodi sanguinanti. Probabilmente morta: non si trova più tracce dell'ammalata.
embre 1889. *Ut supra.*	† per sepsi acutissima in terza giornata.	Lasciate le ovaie.	—

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
12	Pol..., 30, Chiavenna	6 parti, l'ultimo nel settembre 1889.	Emorragie dal giugno.	Negativo.	Carcinoma della p vaginale del collo volta vaginale.
13	Emilia Messa Cesa..., 52. Milano.	Prima mestruazione a 11 anni, 1 parto.	Da due anni perdite sanguigne e dolori. Condizioni generali mediocri. Non ghiandole inguinali ingrossate.	Buono.	Metrocarcinoma dell zione vaginale del con diffusione al para posteriormente e a si
14	Adele Bi..., 50, nata Daverio. Luinate. (Circondario di Varese).	Prima mestruazione a 17 anni, 2 a termine, 1 prematuro.	Da tre anni perdite sanguigne. Condizioni generali mediocri. Ghiandole inguinali un po' ingrossate.	Negativo.	Metrocarcinoma dell zione vaginale del diffuso al cellulare cervicale di sinistra
15	Riz... Angela, 40, levatrice. Lecco.	Prima mestruazione a 15 anni, 3 parti abortivi.	Da cinque mesi perdite sanguigne irregolari scarse. Nutrizione florida. Mancanza d'ingrossamento delle ghiandole inguinali.	Negativo.	Metrocarcinoma dell vaginale del collo, alla vagina post. e stra ed al legament di sinistra. Utero p bile.
16	Cel... Maria, 73, nata a Linate, dim. a Milano.	A 15 anni, 4 parti.	Da tre mesi emorragie. Nutrizione buona. Ateroma diffuso. Mancanza di ingrossamento delle ghiandole inguinali.	Negativo.	Carcinoma del cana vicale. Forma cavi parenchimatosa co sione al cellulare an e laterale destro.
17	Bir... Antonia, 44, casalinga. Milano, Via Bramante, 29.	Prima mestruazione a 14 anni, 4 parti, lamine.	Emorragie da 4 mesi e scoli fetenti.	Negativo.	Metrocarcinoma del cervicale. Forma ca e parenchimatosa. sviluppato come i gravid. a 4 mesi. Nor dole inguinali ingr
18	Ripam... Luigia, 42, casalinga, maritata. Milano, Corso Simonetta, 195.	A 14 anni, 6 parti, l'ultimo abortivo l'anno innanzi.	Dopo l'aborto le perdite continuarono sanguigne. Nutrizione scaduta. Non ghiandole inguinali.	Madre morta probabilmente per cancro uterino-	Carcinoma a cavolfio porzione vaginale d con diffusione alla ed al cellulare par cale destro.
19	Provas... Carolina, 44, servente. Milano, Vicolo San Carlo, 8.	A 14 anni. 3 parti di cui 1 abortivo.	Operata da altri di amputazione vaginale del collo 9 mesi prima coll'ansa galvanica. Guarita, le perdite ricominciarono tosto. Nutrizione buona. Nessun ingrossamento ghiandolare.	Buono.	Metrocarcinoma recid la porzione vagina collo e della vagina rata la prima volt agosto 1889.
20	Fas.... Gius., 38. Milano, Pietro Castoldi, 14.	A 14 anni, 10 parti, l'ultimo 4 anni prima.	Da due mesi emorragie. Notevole dimagramento. Lieve ingrossamento delle ghiandole inguinali.	Negativo.	Metrocarcinoma con zione della porzione nale ed invasione volta vaginale pos

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
nbre 1889. *Ut supra.*	Guarigione.	Lasciate le ovaie, lesione della vescica.	Riproduzione rapida alla fine dell' 89. † nel febbraio 1890.
aio 1890. Incisione circo-lla vagina a due centim. olta. Legatura del lega-largo di destra. Incisione li Douglas. Legatura degli i di destra. Incisione della utero-vescicale. Legatura nnessi di sin. Legatura del nto largo di sin., riescendo ile l' isolamento del nodo oso di questo lato. Suturato coneo anteriore colla mu-Fili lunghi in vagina.	Guarigione.	Lasciate le ovaie, fenomeni imponenti d' intossicazione jodoformica.	† il 15. 10. 1891. Recidiva da circa 3 mesi, locale e nello stomaco.
aio 1890. Operazione come mi 12 casi, suturando poi con mucosa all'avanti ed ietro e quindi sierosa con nel senso antero-poster. do i fili lunghi in vagina. jodoformica.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Non fu possibile avere sue notizie.
aio 1890. Colle norme dei asi, nessuna sutura. Tam-i garza jodoformica.	Guarigione.	Lasciate le ovaie: il carcinoma non aveva oltrepassato l'istmo, fibromi multipli del corpo.	27. 8. 94. Ha sempre goduta buona salute e non ha mai smesso un giorno il suo pesante servizio. Da un anno è dimagrata e perde un po' di sangue: l'esame vaginale rileva qualche piccola escrezione sanguin. Lett. del dott. Tornaghi. (Sett. 1894).
aio 1890. Operazione molto sa. Sutura siero-mucosa e erosa	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	† 27 ottobre 1890 in seguito a recidiva rapida.
1890. Legatura progres-n seta. Sutura siero-mu-siero-sierosa.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Nutrizione florida. Nessun segno recidiva (settembre 94).
ile 1890. Operazione molto sa. Incis. circolare della . Incisione della plica ve-terina. Capitombolo all'a-non si praticò sutura di per l'emostasi si rese ne-a l'applicazione provvisoria éan e di 4 Klemner.	Guarigione.	Fenomeni di jodoformismo. Lasciate le ovaie.	† autunno 1891.
gio 1890. Incisione circo-lla vagina a 2 cent. dalla nfiltrata. Sutura siero-mu-siero-sierosa.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Recidiva nel dicembre. Formazione successiva di fistola retto-vaginale. † 10 agosto 91.
gio 1890. Sutura siero-mu-siero-sierosa; per il resto nei casi antecedenti.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Primi segni di recidiva nell' aprile 91. Morta probabilmente: non se ne trovano più tracce.

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
21	Fer... Santina, 41, contadina. Crescenzago, Cascina Malghera super.	A 15 anni, 11 parti dei quali 5 a termine, gli altri abortivi o prematuri.	Emorragie da 1 anno circa: era stata praticata l'amputazione del collo nel febbraio 1889. Dopo ebbe una gravidanza seguita da aborto.	Negativo.	Metrocarcinoma ch dal canale cervicale ro puerperale.
22	Burd..., 60. Lauro, N. 5.	2 parti a termine. Emorragia da un anno.	Deteriorata la nutrizione ghiandole inguinali, piccole, mobili.	Negativo.	M. c. della porzione con diffusione al le di sin.
23	Gia... Giovannina, 44, portinaia. Milano, C. Venezia, N. 28.	A 18 anni, 5 a termine, ultimo 6 anni innanzi.	Emorragie da 6 mesi. Condizioni generali, buone. Ghiandole inguin. non ingrossate.	Negativo.	M. c. della porz. va diff. ai parametrii.
24	Bru... Angela, maritata Medaglia, 30. Milano, Viale P. Romana, 6.	A 14 anni, 5 a termine, ultimo 2 anni fa.	Emorragie da 1 mese, nullipara, buona. Non ghiandole inguinali tumide.	Negativo.	M. c. della porz. va vegetante.
25	N. N. Vi... Lanzone, 40 circa.	Nullipara.	Emorragie da alcuni mesi che prima *avevano necessitata l'amputazione del collo.* Non ghiandole inguinali.	Negativo.	Carcinoma del cor fibromi interstiziali
26	Torret... Maddalena, 48. Crenna, Circondario di Gallarate.	A 13 anni, 11 parti, l' ultimo 4 anni prima.	Da 2 anni perdite leucorroiche sanguigne, condiz. generali, buone. Non ghiandole.	Madre morta di metrocarcinoma.	Carcinoma della po del collo.
27	Gioven... Giovannina, 32. Milano, Campo Lodigiano, N. 2.	A 15 anni, 2 parti a termine, 3 aborti e perdite fetide.	Da 1 anno emorragie e perdite fetide. Non ghiandole inguinali.	Negativo.	Carcinoma della po a cavolfiore.
28	Falci.... Colomba, 42. Milano, Via Beccaria, 4.	A 13 anni, 2 aborti.	Da 1 anno dolori, da 3 mesi perdite sanguigne.	Madre e una sorella morte di carcinoma.	Metrocarcinoma del c diffusione alla pare poster. e al cellulur vaginale.
29	Cro... Teresa, ved. Cap...., 60. Milano, Via Panfilo Castaldi, 19.	Nullipara.	Dolori e perdite da 1 anno. Non ghiandole inguinali.	Negativo.	Metrocarcinoma del
30	Pizzig... Giulia, 44. Milano, Via Tortona, 11 F.	11 anni, 14 parti di cui 3 abortivi, ultimo parto 3 anni prima.	Da 3 mesi emorragie quasi continue. Nutrizione scarsa. Piccole e numerose ghiandole inguinali.	Negativo.	Metrocarcinoma dell vaginale diffuso all vagin. poster.

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
1890. Legature progres- seta e sutura siero mu- iero-sierosa.	Guarigione.	L' utero era molto voluminoso come in una gravidanza alla fine del terzo mese, presentava notevole spessore delle sue pareti circa 3 cent. L' infiltrazione neoplastica raggiungeva l'orificio interno; verso l'orificio tubario sin. traccia di placenta residua a precedente raschiamento.	Lettera del dott. Ferrari Diego, 27 agosto 1894. Sta benissimo e nulla accenna alla riproduzione del neoplasma, solo la paziente accusa un non molto incomodo prolasso vaginale.
1890. Leg. con seta. Sut. osa ant. e post., siero- antero-post. Conservate Fili lunghi in vagina.	Guarigione.	L'utero era sede di un nodo fibromiomatoso.	Primi sintomi di recidiva nel febbraio 1894. † 28 giugno 1894. Una concomitante affezione cardiaca accelerò la fine.
1890. Come nel caso nte.	Guarigione.	Ablazione dell'ovaio di sin.	25 novembre 1890. Da 15 giorni dolori, nessun segno locale di recidiva. † nel 1891.
1890. Come sopra.	Guarigione.	Non esportate le ovaie.	Benissimo nel gennaio 1893, nell' agosto 94 dolori nel dominio dell'ischiatico sin., in settembre si constata una placca dura elevata nel cellulare pelvico a sin.
890. Laboriosissima per e del viscere e per l'an- lla vagina. Legature con suna sutura.	Guarigione.	Idem.	Recidiva rapida. Morte nello stesso anno.
re 1890. Come nei primi	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Si è ingrassata, ed astrazione fatta di alcuni lievi disturbi nervosi, gode abitualmente di buona salute. Nessun segno di riproduzione del neoplasma. Lettera del dott. Cardani 27. 8. 94.
bre 1890. Come nei primi	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Condizioni floridissime, assenza di ogni segno di recidiva (dottor Decio 15. 9. 94).
bre 1890. Legati i para- ima dell'apertura del pe- che si apre all'avanti: si r ultimo a l'incisione della ero-rettale onde rendere le la resezione di vasto aginale. Nessuna sutura.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Vivente a tutto il 1893, non si riuscì ad avere altre notizie.
bre 1890. Laboriosa per e del viscere e la rigidità stia della vagina. Lega- zionate dei legamenti. sutura.	Guarigione.	Lasciate le ovaie atrofiche: l'utero grosso come in gravidanza alla fine del terzo mese estesamente infiltrato nel corpo. L.'infiltrazione oltropassa l'orificio interno entro il canale cervicale.	Bene nel 1893. Continua bene nel settembre 1894. Nessun segno di recidiva.
bre 1890. Legatura fra- dei legamenti. Sutura cosa e siero-sierosa.	Guarigione.	Esportate le ovaie.	Vivente ma irreperibile nel settembre 1894.

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
31	Colon... Maria, ved. Nerviani, 55. Oleggio.	16 anni, 7 parti di cui 3 abortivi. Menopausa da 8 anni.	Da 6 mesi dolori trafittivi ed emorragie. Nutrizione molto deperita. Non ghiandole inguinali.	Negativo.	Metrocarcinoma a forr renchimatosa con diff ai parametri.
32	Bell... Teresa, 36. Milano.	13 anni, 8 parti, l'ultimo 5 anni prima.	Da 1 anno perdite sanguigne. Anemia profonda e polisarcia.	Negativo.	Carcinoma della porz a forma vegetante.
33	Mazz... Rosa, 45. Milano, Borgo San Gottardo,	13 anni, 7 parti a termine.	Da 6 mesi emorragie, da 4 mesi dolori, deperita.	Negativo.	Carcinoma della porz con diffus. al param
34	Barat... Maria, 43. Gazzada.	14 anni, 12 a termine, l'ultimo nel maggio 1889.	Emorragie da 9 mesi.	Negativo.	Carcinoma della porz del collo e del cana vicale.
35	Garav... Adele, 34. Milano.	3 parti a termine.	Emorragie per le quali era già stata praticata l'amputazione del collo.	Negativo.	Carcinoma sul monco collo.
36	Mot... Giuseppina, marit. Ferrari, 48. Milano, Via Discipline, 6.	14 anni, 3 parti, l'ultimo da 14 anni.	Perdite sanguigne da più tempo e dolori.	Negativo.	Metrocarcinoma con sione alla parete pos della vagina e al leg di sinistra.
37	Patriar... Caterina, 37. Milano.	14 anni, 8 parti, l'ultimo da 6 mesi.	Emorragie e perdite leucorroiche dalla metà della gravidanza antecedente.	Madre morta di metrocarcinoma.	Metrocarcinoma a cav della porz. vagin. c fusione alla porz. sc ginale e al legament di sin.
38	Cor... Maria, 43. Bruzzano.	15 anni, 9 parti, ultimo da 3 anni.	Perdite sanguigne dal novembre.	Negativo.	Metrocarcinoma del cervicale.
39	Tomas... Giovanna, 30. Milano.	18 anni, 3 gravid., l'ultima 3 anni prima.	Da 3 mesi metrorragie e dolori.	Negativo.	Metrocarcinoma dell vaginale.
40	Bernasc... Cernobbio, 35.	6 parti, l'ultimo 40 giorni prima.	Perdite sanguigne in gravidanza e poi nel puerperio.	Padre morto di carcinoma della laringe.	Metrocarcinoma diff tutta la porzione va cello che si proten canale cervicale pos mente e a sin. sott di grosso nodo ulce

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
bre 1890. Incisione cir- della vagina. Legatura ta dei legamenti larghi, isione della plica utero- Esportazione di un nodo ale. Sutura siero-mucosa sierosa. Alle trazioni si to in un punto il canale le e ne escì un cucchiaio fetente.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Trovasi in buone condizioni di salute non presenta accenno di sorta a recidiva. (Lettera del dott. Minoli Carlo 27. 8. 94).
io 1891. Legatura frazio- i legamenti. Sutura siero- : nella breccia tampone a jodoformica.	† il 11 gennaio 1890.	Lasciate le ovaie paralisi cardiaca da profonda degenerazione adiposa del miocardio.	—
io 1891. Incisione circo- lla vagina. Incisione della i Douglas prima della le- frazionata dei legamenti. siero-mucosa e siero-sie-	† il 30 gennaio. Setticemia.	—	—
1891. Come nel caso an- te.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	1. 9. 94. Lettera del dott. Pietro Castiglioni. Sta bene: all'esame presenta nessun segno finora di riproduzione.
1891. Legatura frazionata amenti larghi dopo l'aper- lla piega del Douglas. Su- ro-mucosa all' avanti ed . Sutura siero-rierosa.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Senza recidiva nell' agosto 1894. Maritata il 10 ottobre non presenta alcun segno di recidiva.
1891. Come nel caso an- te.	Guarigione.	Ablazione dell'ovaio di destra.	Condizioni ottime: assenza di ogni segno di recidiva nel settembre 1894.
io 1891. Come nel caso ente.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Constatata la recidiva nell'agosto 1891. † il 2. 1. 92.
io 1891. Come nel caso ente: l'utero misurava 14 tri.	Guarigione.	Ablazione delle ovaie e delle trombe.	Nessun sintomo di recidiva. Esplorazione negativa. La donna è molto ingrassata. Dott. Rossari Andrea (Lettera 23. 8. 94). Affori ed Uniti.
1891. Come nel caso an- te.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Nel novembre 1892 constatata la recidiva sotto forma di placca dura aderente all' ileo ricoperta dalla vagina non mobile su di essa, morta il 81. 12. 92.
1891. Come nel caso an- te.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Recidiva rapida alcuni mesi dopo. Morta nel principio del 1892.

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
41	Bo..., 58. Milano.	—	Emorragie da 2 anni.	Negativo.	Metrocarcinoma del c
42	Brogli.. Maddalena, 45, lavandaia. Anfiteatro, 12.	10 anni, 8 parti, ultimo 10 anni fa.	Da 6 mesi emorragie e perdite emorragiche fetenti. Nutrizione deperita.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale del a cavolfiore.
43	Rag... Caterina, 48. Corso P. Romana, 101.	13 anni, 9 parti, l'ultimo da 11 anni.	Da 2 mesi dolori e perdite sanguigne. Ghiandole inguinali un po' tumide.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale.
44	Zucca... Virginia, 34. Corso Venezia, 47.	13 anni, 5 parti, l'ultimo da 2 anni.	Da 1 mese circa emorragie. Assenza di ghiandole inguinali tumefatte.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale.
45	Ri... Paolina, 50. Ello.	13 anni, 5 a termine, l'ultimo da 16 anni.	Da 9 mesi perdite miste, fetide. Molto dimagrata. Ghiandole ingrossate agli inguini.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale del con diffusione alla vaginale posteriore.
46	Ri... Rosa, 46. Zoccorino (Besana).	15 anni 12 gravid., di cui 10 portate a termine, aborto 4 mesi prima.	Da 6 mesi perdite sanguigne. Nutrizione buona. Non ingrossamento dei ganglii inguinali.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale con di ne alla volta vagina steriore.
47	Sain... Rosa, marit. Agustoni, 43. Via Solferino, 40.	14 anni, nullipara.	Da 2 anni perdite color lavatura di carne fetide, deperita, non ingrossamento delle ghiandole vaginali.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale con salpingite sinistra metrite d'origine riana.
48	X, 53. Busto Arsizio.	Multipara.	Emorragie da 18 mesi. Nutrizione deperita.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale e de le cervicale.
49	Maria... Paolina 49, Milano. Via Luigi Canonica, 36.	13 anni, 5 parti, l'ultimo 14 anni or sono.	Perdite sanguigne commiste a leucorrea da molto tempo. Nutrizione buona.	Ignoto.	Metrocarcinoma del cervicale.
50	Arch... Giovanna, 49, levatrice. Corso P. Romana, 93.	18 anni, 6 parti, 1 abortivo, menopausa da 3 anni.	Emorragie da 7 mesi, dolori trafittivi all'ipogastico.	Negativo.	Metrocarcinoma a for vitaria e parenchi del collo e del corp
51	Curio... Elvira, 33. Milano.	13 anni, 1 parto, 13 anni fa.	Da 11 mesi perdite sanguigne abbondanti.	Buono.	Metrocarcinoma del cervicale con piosa sinistro ed ematosa destro.

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
gno 1891. Incisione circolare à vagina. Legatura laboriosa parametrii. Corpo uterino licato di volume avendo il icoma infiltrato l'intiero spes- delle pareti e per un tratto nba e legamento rotondo a : l'estrema friabilità, lacera- à del tessuto non permette operazione metodica e ob- a ad applicare 5 Klemmer nistra.	† 9 giugno per esaurimento progressivo. Nessuna emorragia.	—	—
gno 1891. Legatura frazionata legamenti con seta. Sutura o-mucosa e siero-sierosa con azione dei monconi in vagina.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Condizioni ottime. Nessun segno di recidiva nel settembre 1894.
iugno 1891. Come nel caso ecedente.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Recidiva epoca incerta. † poco tempo dopo l'operazione.
glio 1891. Come nel caso an- dente.	Guarigione.	Esportato l'avaio sinistro.	Nessuna traccia di recidiva il 6 ottobre 1891. † nella primavera del 1892.
gosto 1891. Sutura siero-mu- a e siero-sierosa.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	† nel maggio 1894 per copiosa ed insistente suppurazione alle ghiandole inguin. di destra dopo 2 anni di sofferenze. Lettera del dott. Redaelli Carlo (settembre 1894).
ettembre 1891. Sutura siero- cosa e siero-sierosa.	Guarigioue.	Esportaziene di entrambi gli annessi ammalati (idrosalpinge). Degeneraz. cistica delle ovaie.	16 settembre 1894. (Lettera del dott. Viscardi). Nessun segno di recidiva.
tobre 1891. Operazione molto riosa per l'angustia e rigidità a vagina e perchè le vaste ade- ze, reliquati di processi peri rametritici, fissavano notevol- te l'utero. Sutura siero-mu- a e siero-sierosa.	Guarigione.	Esportazione degli annessi di sinistra.	Non si riescì ad avere alcuna notizia.
ttobre 1891. Sutura siero- osa e siero-sierosa. Numerose renze a maglia imbrigliavano orpo uterino e gli annessi di stra.	Guarigione.	Lasciato l' ovaio destro. Estirpato quello di sinistra perchè in preda a degenerazione cistica.	† il 25 febbraio 1892 per recidiva.
ovembre 1891. Sutura siero- cosa posteriore. Legatura dei ametrii. Sutura siero-mucosa eriore e sutura siero-sierosa.	Guarigione.	—	† il 30 gennaio 1892.
tobre 1891. Incisione circolare a vagina. Incisione della piega ouglas. Sutura siero-mucosa. cipressura essendo per il vo- e dell'utero straordinariamen- aboriosa l' applicazione delle ture.	Guarigione.	Il corpo uterino era aumentato come in gravidanza al terzo mese, le sue pareti presentavano notevole spessore. L' infiltrazione oltrepassava l'ostio uterino.	† il 9 febbraio 1894.
ovembre 1891. Legature con . Sutura siero-mucosa all' in- ro, omesse le altre suture.	Guarigione.	—	Irreperibile nel settembre 1894.

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
52	Stefan... Caterina, 43. Milano, Via Palermo, 4.	13 anni, 2 parti di feti morti, l'ultimo 4 anni fa.	Da 2 anni perdite sanguigne. Nutrizione ancora discreta.	Buono.	Metrocarcinoma della zione vaginale con sione al parametrio.
53	Scaviz... Luigia, 46. Milano, Viale P. Ticinese, 11.	14 anni, 5 parti, l'ultimo da 15 anni.	Da 13 mesi perdite sanguigne fetide incominciate un anno dopo essere entrata nella menopausa.	Ignoto.	Metrocarcinoma della zione vaginale e del nale cervicale a forma taria e parenchimatos
54	Manen.. Teresa, 59. Milano, Corso Lodi, 14.	Prima mestruazione a 17 anni, 6 parti, menopausa da 10 anni.	Da un anno perdite sanguigne, da qualche mese dolori, insufficienza mitrale, mancanza di infiltrazione di ghiandole inguin.	Negativo.	Metrocarcinoma della zione vaginale e del ca cervicale con invasione la vagina posteriormer a destra.
55	Sapori... Carolina, 53. Cassano Magnago.	Prima mestruaziene a 17 anni, 8 parti, menopausa a 44 anni.	Emorragie da 6 mesi. Nutrizione buona. Ghiandole inguinali tumidette. Paralisi facciale destra.	Negativo.	Carcinoma del canale c cale diffuso alla porz vaginale.
56	Bertola... Annetta, 48. Milano, Via Luigi Canonica, 38.	Prima mestruazione a 13 anni, menopausa da 15 mesi, 5 parti.	Emorragie da 3 mesi. Aspetto florido, assenza di ingrossamento delle ghiandole inguinali.	Negativo.	Carcicoma della porz vaginale e sopravagina forma parenchimatosa valente.
57	Ballerio Luigia, 52. Milano, Corso P. Garib., 101.	—	—	—	Carcinoma del corpo rino.
58	Ceria... Antonia, 44. Mozzate.	Prima mestruazione a 15 anni, 6 parti, l'ultimo 12 anni fa.	Emorragie da 6 mesi, deperita. Ghiandole inguinali tumidette.	Negativo.	Carcinoma della porz vaginale del collo e canale cervicale.
59	Anno... Erminia, 35. Milano, Via Gian Giacomo Mora, 8.	11 anni, 11 gravid. con parti normali, l'ultimo 6 anni pr.	Emorragie da 2 mesi.	Negativo.	Carcinoma della porz. del collo.
60	Bologne... Luigia, 34. Milano, Viale P. Vigentina, 13.	13 anni, 8 parti, l'ultimo da 2 anni.	Emorragie da 3 mesi. Molto dimagrata.	Negativo.	Carcinoma a cavolfiore porz. vag. del collo.
61	Fonta.... Amalia, 42. P. Vittoria, bastione.	14 anni, 4 parti.	Da 4 mesi emorragie. Molto deperita. Ghiandole palpabili agli inguini. Già cauterizzata col caustico attuale.	Negativo.	Carcinoma della porz. del collo.

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
embre 1891. Incisione cir- della vagina. Apertura spazio del Douglas. Forci- ra richiesta dal volume del e e dalla sua fissità che ermettevano in alcun modo icazione metodica e regolare legature. Le pinze lasciate manenza furono in numero Nessuna sutura.	Guarigione.	—	† il 21 aprile 1892 dopo manifestatosi la recidiva, breve tempo dopo la operazione. (Dottor Decio).
mbre 1891. Legature pro- ve con seta. Sutura siero- a e siero-sierosa.	Guarigione.	Esportato l' ovaio destro, degenerato cisticamente. L' utero esportato presentasi come tipo di carcinoma del canale cervicale formando un tutto cilindrico in cui è predominante la porzione sopravaginale del collo notevolmente aumentato nella sua lunghezza e nel suo volume super. a quello del corpo, il quale è separata da essa, da una lieve depress. appena accennata che ricorda l' istmo uterino.	Settembre 1894. Benissimo, nessun segno di recidiva.
naio 1892. Legature pro- ve. Sutura siero-mucosa e sierosa.	Guarigione.	Lasciate le ovaie: diffusione del neoplasma anche alla mucosa del corpo.	Settembre 1894. Benissimo, nessun segno di recidiva.
braio 1892. Legature pro- ve con seta. Sutura siero- a e siero-sierosa.	Guarigione.	Lasciate le ovaie. Diffusione del neoplasma anche al corpo.	Non ha recidiva e neppure tracce di scolo leucorroico. Lettera del medico curante, 28 agosto 94.
zo 1892. Legatura progres- con seta. Nessuna sutura.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	† nell'autunno 1892.
e 1892. Legature progres- con seta. Sutura siero-mu- e siero-sierosa.	Guarigione.	L'utero era *grosso* come un utero gravido alla fine del terzo mese e ricoperto nella sua faccia posteriore da essudato gelatinoso. Il neoplasma era nettamente limitato al corpo, liberi gli ostii tubarii.	Irreperibile.
e 1892. Legature progres- con seta. Sutura siero-mu- e siero-sierosa.	Guarigione.	—	Due mesi dopo l'operazione segni evidenti di carcinoma epatico. † il 28 giugno 1893. Lettera del dottor Pietro Pizzocaro 29 agosto 1894.
ggio 1892. Legature frazio- con seta perdute. Sutura mucosa e siero-sierosa.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Nessun segno di recidiva. Settembre 1894.
1892. Legature progressive eta. Sutura siero-mucosa e sierosa.	Guarigione.	Esportato l'ovaio di destra.	Nessun segno di recidiva. Ottobre 1894.
lio 1892. Legature progres- on seta. Sutura siero-mucosa o-sierosa.	Guarigione.	Emorragia all'atto dell'operazione per sfuggita di un laccio: si potè afferrare e legare l'arteria.	Sta benissimo e attende alle sue faccende domestiche come non fosse mai stata ammalata. Ne godo tanto più perchè da altri era stata sconsigliata l' operazione. (Lettera del dott. Migliavacca 22 settembre 1894.

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
62	Maria... Teresa, 46. Milano, C. Magenta, 2.	12 anni, 9 parti, l'ultimo da 6 anni.	Perdita sanguigua fetida da 8 mesi. Dolori ai lombi ed agli arti. Deperimento notevole.	Negativo.	Carcinoma enorme a c fiore della porz. vag collo.
63	Moran... Angela, 34. Novate Milanese.	—	Emorragie da 4 mesi. Dolori sacrali.	Negativo.	Metrocarcinoma.
64	Rolan.... Mortara.	Xpara.	Emorragie da 1 anno.	Negativo.	Carcinoma della porz. del collo.
65	Forti... Enrica, 40. Via Magolfa, 14.	4 parti, 1 abortivo.	Emorragie di 2 mesi. Nutrizione discreta. Tinta giallaterrea.	Negativo.	Metrocarcinoma del c cervicale.
66	Briv... Severina, 33. Robbiate.	14 anni, 7 parti.	Da 7 mesi emorragie. Deperita.	Negativo.	Metrocarcinoma del con diffusione al corp vagina posteriormen parametrio di sinistr
67	Casari... Teresa, 31. Cascina Molinazzo, N. 207.	—	—	Negativo.	Carcinoma della porz del collo.
68	Galbari... Cesarina, 38. Milano, Strada Baracca, 9. Quartiere P. Vigentina.	15 anni, 3 parti, di cui 1 abortivo.	Da 5 mesi emorragie.	Negativo.	Carcinoma della porz del collo.
69	Pagnamen... Margherita, 66. Biaggio.	6 parti. Menopausa da 20 anni.	Da 8 mesi leucorrea fetida. Perdita sanguigna, dolori. Nutrizione buona.	Negativo.	Carcinoma del canale cale con diffusione a lulare paracervicale rauterino a sinistra.
70	Beret.. Enrichetta, 29. Milano, C. fuori P. Romana, 84.	12 anni, 5 parti a termine.	Perdite sanguigne. Da un mese molto deperita.	Negativo.	Epitelioma della porz. del collo con diffusion volta vaginale. Epit del piccolo labbro si
71	Poz... Marianna, 24 Luino.	15 anni, 8 parti a termine, l'ultimo 2 anni or sono, da 7 mesi emorragie.	Emorragie da 7 mesi.	Negativo.	Carcinoma della porz. del collo e del canal vicale con diffus. al alla vagina ed al par
72	Giovanna Marti..., 37. Milano. Via Principe Umberto, N. 27.	19 anni, parti?	Dolori.	Negativo.	Carcinoma con aderen riuterine.
73	Rasin... Arona, 37.	Pluripara.	Emorragie da 8 mesi.	—	Carcinoma del canale cale e della porzion ginale del collo.
74	Visma... Maria, 36. Milano, Via Daniele Crespi, 11.	9 parti.	Da 6 mesi emorragie. Nutrizione buona. Non ghiandole inguinali ingrossate.	Negativo.	Metrocarcinoma a forn getante ed ulcerata, s ficiale e cavitario, co fusione alla volta vag

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
e 1892. Forcipressura.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Vivente, nessun segno di recidiva. (Dott. Decio).
re 1892. Forcipressura.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	Nessun segno di recidiva. Lettera dott. Siro Ragni, 10 settembre 1894. Rivisitata da me in ottobre è in condizioni ottime per ogni riguardo,
ıbre 1892. Legature pro- e con seta. Sutura siero- e siero-sierosa.	Guarigione.	Esportate le ovaie.	† 8. 10. 93 per uremia da compressione degli ureteri per riproduzione dei neoplasma nel cellulare pelvico di cui si manifestarono i primi sintomi 3 mesi circa dopo l'operazione. Lettera dott. Sommi 10. 9. 94.
o 1893. Legature progres- n seta. Sutura siero-mu- siero-sierosa.	Guarigione.	—	Benissimo, nessun segno di recidiva. Settembre 1894.
aio 1893. Forcipressura. ne di piccolo tratto della per diffusione ad essa del ma.	† 19. 3. 93. Setticemia.	—	—
1893. Forcipressura.	Guarigione.	—	Nessun segno di recidiva nell'ottobre 1894. (Dott. Decio).
1893. Forcipressura.	Guarigione.	—	Nell'ottobre 1894, lieve intasamento sospetto al di dietro della linea di cicatrizzazione.
1893. Legature frazionate. essura per un nodo del rio di sin.	Guarigione.	—	Irreperibile.
o 1893. Legature progres- n seta, perdute. Sutura ucosa e siero-sierosa. Esci- el piccolo labbro di sin.	† setticemia.	Esportate entrambe le ovaie.	—
io 1893. Forcipressura.	Guarigione.	—	† il 30 gennaio 1894.
o 1893. Forcipressura.	Guarigione.	--	Senza recidiva nell'ottobre 1894 (dott. Decio).
1893. Legature progres- ı seta. Sutura siero-mu- siero-sierosa.	Guarigione.	--	Recidiva alla fine del 1893. Tuttora vivente.
ıbre 1893. Forcipressura.	Guarigione.	Esportate entrambe le ovaie.	Bene, nessun segno di recidiva. Settembre 1894 (dott. Decio).

N.° progressivo	Nome e cognome età domicilio	Prima mestruazione parti	Sintomi, loro inizio condizioni generali	Gentilizio	Diagnosi
75	Cavea... Giuditta, 43. Milano, Via Anfiteatro, 12.	17 anni, 2 parti.	Da 2 mesi emorragie, leucorrea, dolori.	Negativo.	Carcinoma della po vaginale del collo.
76	Ceria... Pasqualina, 35. Lambrate.	18 anni, 4 parti.	Dolori. Leucorrea. Perdite sanguigne dopo il coito.	Negativo.	Epitelioma della po vaginale del collo.
77	Nova... Elisa, 42. Milano.	15 anni, 1 parto a termine. Menopausa da un anno e mezzo.	Da 6 mesi emorragie. Dolori forti.	Negativo.	Sarcoma del corpo tero.
78	Giobb... Angela, 30. Milano, Cagnola, 3	14 anni, 6 parti.	Emorragie da 15 giorni. Leucorrea. Dolori.	Negativo.	Carcinoma della po vaginale con diffusio parete vaginale post ed al parametrio de
79	Tremola... Maria, 42. Milano, Vicolo De Cristoforis, 2.	12 anni, 7 parti.	Da 10 mesi leucorrea fetida. Emorragie.	?	Carcinoma del canale cale con diffusione a metrio sinistro. *mellito.*
80	Bertar... Margherita. Milano, Via Amerigo Vespucci, N. 7.	14 anni, 8 parti, 1 abortivo.	Metrorragie dall'agosto del 1893.	Negativo.	Carcinoma del collo volfiore.
81	Scand... Giusep. 48, Fagnano Olon.	14 anni, 6 parti.	Emorragie e dolori da 3 mesi.	Negativo.	Carcinoma della po vaginale del collo c fusione limitata all vaginale anteriore ralmente a sinistra.
82	Dotte... Rosa. Desenzano.	12 anni, 4 parti. Menopausa da 4 anni.	Da 8 mesi, leucorrea fetida. Dolori e emorragie. Già operata altrove di raschiamento.	Negativo.	Metrocarcinoma con sione notevole alla vaginale posteriore.
83	Dominaz... Savina, 53. Milano.	18 anni, 6 parti. Menopausa da 15 anni.	Da 4 mesi leucorrea fetida e metrorragie.	Negativo.	Metrocarcinoma con sione alla vagina parametrio destro.
84	Brama... Cecilia, 45. Groppello.	13 anni, 10 parti.	Da 1 anno metrorragie e leucorrea fetida. Mancanza di ghiandole inguinali ingrossate.	Negativo.	Metrocarcinoma con sione al corpo, alla al cellulare parava
85	Piacen.. Margherita, 42. Milano.	16 anni, 5 parti.	Lievi perdite sanguigne da 2 anni. Emorragia grave 1 mese fa.	Negativo.	Metrocarcinoma con sione alla volta v sinistra.
86	Ingle..., 32. Arona.	Pluripara.	Emorragie.	Madre † di cancro.	Carcinoma della p vaginale del collo.
87	Oddone, 64. Bellinzona.	Pluripara.	Emorragie da 8 mesi. Operata 5 anni prima per cancro della mammella.	Negativo.	Carcinoma della p vaginale del collo.
88	Quinti... Angela, 35. Milano, Via Ambrosiana, 8.	16 anni, 7 parti.	Da 4 mesi emorragie e perdite leucorroiche fetenti.	Negativo.	Carcinoma della po del collo con diff vagina ed al param

Operazione	Esito	Osservazioni	Notizie ulteriori
bre 1893. Forcipressura.	Guarigione.	—	Degente fra i cronici per recidiva.
bre 1893. Forcipressura.	Guarigione.	—	Nessun segno di recidiva. Dottor Diego Ferrari, lettera 10. 9. 94.
1894. Forcipressura.	Guarigione.	—	Benissimo, nessun segno di recidiva nell'ottobre 1894.
1894. Forcipressura.	Guarigione.	—	Vivente in cattive condizioni nell'ottobre 1894.
1894. Forcipressura.	† 9 maggio.	Aggravamento rapido del diabete. Morte per coma diabetico.	—
1894. Forcipressura.	Guarigione.	—	Deperita, qualche dolore. Si sospetta la recidiva (dott. Decio, ottobre 1894).
1894. Forcipressura.	Guarigione.	—	Nessun segno di recidiva. Dottor Antonio Lodini 12. 9. 94.
1894. Forcipressura.	Guarigione.	—	Nessuna notizia.
1894. Forcipressura.	Guarigione.	Per la notevole rigidità della vagina viene fatta una profonda episiotomia bilaterale suturata con catgut dopo l'operazione.	Benissimo, nessun segno di recidiva. Settembre 1894.
894. Forcipressura.	Guarigione.	Lasciate le ovaie.	—
894. Forcipressura.	† setticemia.	—	—
894. Forcipressura.	Guarigione.	—	—
4. Forcipressura.	Guarigione.	—	—
94. Forcipressura.	Guarigione.	—	—

La castrazione nell' osteomalacia

Relazione alla prima riunione
della Società Ginecologica e Ostetrica Italiana
(Roma - Ottobre 1894)

del
Prof. ETTORE TRUZZI

Signori,

In occasione della mia comunicazione all' XI Congresso internazionale sopra questo stesso argomento, ho fatto cenno di una serie di sperienze, che stavo istituendo sugli animali, e che erano intese a studiare sia l' indole e la patogenesi della alterazione osteomalacica delle ossa, sia a facilitare la ricerca del come la castrazione potesse favorevolmente influire sul decorso dell'osteomalacia e provocarne spesso la guarigione. Nella donna infatti le indagini di tal genere non possono riescire che incomplete ed assai più ardue per quei riguardi che il sentimento umanitario giustamente ci impone anche nelle nostre ricerche scientifiche.

Fu appunto per tale insufficienza delle indagini praticate unicamente sull'organismo della donna osteomalacica che, per quanto mi fossi in passato adoperato per attuare un programma di ricerche che valesse a riconoscere i mutamenti, che nella economia delle osteomalaciche si producevano in seguito alla castrazione, per quanto mi studiassi per togliere alla pratica della castrazione nell' osteomalacia il carattere di un mezzo quasi empirico di cura, i risultati che avevo per tale via ottenuti, pure non essendo scevri di qualche interesse, non erano però stati tali da incoraggiarmi a persistere unicamente in quest' ordine di ricerche. Prescindendo infatti da un incerto ed incompleto reperto batteriologico, i soli fatti di qualche momento che avevo potuto rilevare in tali indagini erano stati i due seguenti:

avevo potuto sorprendere in uno dei miei casi, all'esame del midollo osseo costale, l' espressione di una delle probabili modalità ana-

tomiche, onde l'osso osteomalacico procede alla sua consolidazione dopo che sia stata eseguita la castrazione nella paziente;

mi era riescito di rilevare col metodo Kjeldahl talune modificazioni nel ricambio dell'azoto, che si verificano nell'economia delle donne osteomalaciche in seguito alla castrazione: modificazioni, che accennano ad una tendenza nelle operate alla ricostituzione organica, alla riparazione dei loro disfatti organismi, quasi che la avvenuta soppressione chirurgica della attitudine alla *riproduzione della specie* avesse ingenerato in tali donne condizioni più vantaggiose per la *conservazione dell'individuo.*

Però queste risultanze erano troppo poca cosa di fronte alla importanza ed alla oscurità di tale argomento; epperciò mi ero deciso a battere la via dell'esperimento sugli animali, sperando incontrare fatti, che offrissero maggiore interesse per tale studio e dessero qualche luce per la conoscenza dell'argomento.

Senonchè, la penuria dei mezzi, di cui ho potuto fin qui disporre per indagini sperimentali su questo tema, l'estrema difficoltà del medesimo e la relativa insufficienza del tempo, mi tolsero finora di poter arrivare a risultanze concrete e che avessero sufficiente valore per interessare la Vostra attenzione, e meritare di esservi qui presentate.

Cedendo ad ogni modo alle cortesi e benevole insistenze dell'illustre Presidente di questa Società, io mi sono risolto, benchè a malincuore, a non rinunciare interamente all'incarico di riferire sopra questo interessante tema; solamente ho dovuto di necessità limitarmi a presentarvi quella sola parte della mia relazione, che si riferisce alla statistica dell'argomento, e nella quale mi sono proposto con particolare attenzione di mettere in luce i risultati prossimi e remoti della castrazione nell'osteomalacia.

Nutro fiducia che questa stessa parte della mia relazione non debba sembrarvi spoglia di interesse per le ragioni che mi permetto ora di accennarvi.

Anzitutto le statistiche fin qui apparse, come quella di Kummer (1) e quella di Winckel (2), sono certamente incomplete e tali da

---

(1) KUMMER. « De l'oophorectomie bilatérale comme moyen curatif de l'ostéomalacie. » Genève, 1892.

(2) WINCKEL. « Ueber die Erfolge d. Kastration bei d. Osteomalacie. » *Samml. Klin. Vorträge,* N. 71, 1893.

meritare un paziente lavoro di revisione. Basti il dire che, mentre il Kummer nella sua statistica fino all' aprile 1892, non potè raccogliere che 38 casi, dei quali 6 in modo tutt'affatto incompleto, a me è riescito per l'istessa epoca di raccogliere 62 casi, 24 in più che nella statistica del chirurgo di Ginevra. Ho detto che anche la statistica di Winckel è alquanto incompleta: diffatti il numero delle osservazioni che vi sono raccolte è di 40, anzi di 39 se si tien conto che un caso di Schauta vi è per errore ripetuto due volte (1). Orbene i casi che io potei trovare per l' istessa epoca e cioè fino al 13 agosto 1891 salgono a 49, cioè a 10 in più che nella statistica del Winckel.

L'interesse delle indagini statistiche sopra questo argomento è poi anche inerente alla necessità pratica di conoscere, quali sieno in realtà i risultati remoti della cura chirurgica proposta dal Fehling, e se tale intervento, che procura successi immediati tanto brillanti, valga per davvero a guarire anche in modo definitivo una affezione morbosa, che fino ad ora, molte volte se non sempre, era stata ribelle alle nostre risorse curative.

In verità l'esperienza ginecologica ci ha insegnato a diffidare degli apparenti successi, che immediatamente conseguono alla sola estirpazione degli annessi uterini, ed una tale diffidenza poi è tanto più giustificata pei casi di castrazione nell' osteomalacia, perchè non si tratta coll'operazione di guarire una affezione morbosa locale, ma ci si propone l'obbiettivo di influenzare profondamente l'intera economia della donna, la nutrizione del tessuto osseo di tanta parte dello scheletro, e la funzione del sistema ganglionare. Anche il rimprovero, fatto da molti alla semplice estirpazione degli annessi, che cioè quel moncone di salpingi, che viene perduto nell' addome insieme coll' utero, possa costituirsi tardivamente a fattore di recidive locali, oppure a focolaio di morbosi riflessi nella vita del sistema nervoso delle donne operate, merita di essere preso in considerazione, quando si pensi che parecchie volte nelle osteomalaciche, sia per i difficili parti superati, sia per le molteplici e laboriose operazioni ostetriche subìte, non sempre l' utero e le sue dipendenze offrono condizioni anatomiche perfettamente normali.

---

(1) Si confrontino i due casi n. 15 e n. 21 della statistica di Winckel. Op. cit., p. 5 e 6.

L'allarme sopra questa quistione venne già dato, forse con eccessiva severità, nello scorso anno dal Winckel. L'A., ricordando che in una affezione ordinariamente a corso cronico, come è l'osteomalacia, non sono infrequenti le esacerbazioni e le remissioni, e che temporanei miglioramenti possono illudere per una guarigione definitiva, quando non si tenga la paziente in osservazione per parecchio tempo (almeno un anno), volle fare una selezione dei casi della propria statistica in base appunto al criterio della durata dell'osservazione durante il periodo post-operatorio; e giunse alla conclusione, che, prescindendo pure dai decessi in seguito alla operazione, *appena nel 75 0|0 delle donne osteomalaciche operate di castrazione poteva dirsi avvenuta una definitiva guarigione* (1).

Pure non partecipando interamente a queste vedute, forse troppo pessimiste del prof. Winckel, anch'io, in occasione dell'XI Congresso internazionale, avevo richiamata l'attenzione sopra sette casi, raccolti nella letteratura e nella mia pratica, nei quali la semplice castrazione pareva non si fosse dimostrata durevolmente efficace contro i progressi dell'osteomalacia.

Fu appunto di fronte a tali dubbî, e a tali critiche, che mi parve opportuno il raccogliere il materiale di osservazione in una nuova statistica, che avesse il precipuo intento di far conoscere le notizie riguardanti l'esito remoto, definitivo, della castrazione ovarica ed utero-ovarica come mezzo di cura della osteomalacia.

A tale scopo io non solamente ho procurato di compulsare nel modo più completo, che mi fu possibile, le fonti bibliografiche della casuistica su tale argomento, ma, per avere le notizie le più recenti e sicure sullo stato attuale delle pazienti, mi sono rivolto direttamente agli operatori mediante questionario. Ringrazio i prof. Acconci, Fehling, Hofmeier, Kézmárszky, Lohlein, Martin, Morisani, Schauta, v. Velits, ed i dott. Aly, Eisenhart, Kotschau, Kummer, Orthmann, Preindlsberger, Labusquière, Sippel, Latzko, Gelpke, Lauro, Solovy e Törggler, delle notizie e pubblicazioni, che cortesemente si compiacquero inviarmi sopra questo argomento.

---

(1) Winckel. Op. cit., p. 12.

OSSERVAZIONI DI CASTRAZIONE P

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell'operazione	Età dell'ammalata	Operazione	Esito prossimo dell'operazione
1	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	4 Genn. 1887	36	Castraz. ovarica.	Favorevole.
2	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	7 Luglio 1887	42	Castraz. ovarica.	Favorev., però la scom parsa dei dolori avvi ne in modo lento.
3	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	13 Marzo 1888	28	Castraz. ovarica.	Favorevole.
4	P. Mueller	In: Hoffa, *Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1889.	27 Maggio 1888	31	Castraz. ovarica.	Favorevole.
5	Winckel	*Sammlung klin. Vorträge*, n. 71. — *Munch. Medic. Wochens.*, 1892, n. 50.	9 Luglio 1888	31	Castraz. ovarica.	Nel giorno dopo dell operazione pseudo-m struazione molto al bondante. 18 luglio 8 dolori tuttora immutat
6	Hoffa	*Festschr. f. Hegar*, Stuttgart, 1889.	8 Ott. 1888	31	Castraz. ovarica.	Favorevole.
7	Kotschau	Caso inedito.	29 Ott. 1888	39	Castraz. ovarica.	Favorevole.
8	P. Mueller	In: Hoffa, *Festschrift, ecc.*	11 Febbr. 1889	35	Castraz. ovarica.	Favorevole.
9	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	24 Marzo 1889	43	Castraz. ovarica.	Favorevole.
10	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	11 Giugno 1889	41	Castraz. e ventrofissazione uterina	† per occlusione intesti nale il 16 giugno.
11	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	20 Giugno 1889	37	Castraz. ovarica.	Favorevole.
12	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	19 Luglio 1889	42	Castraz. ovarica.	Favorevole.
13	Schauta	*Wien. medix. Wochens.*, 1890, n. 19.	22 Luglio 1889	32	Castraz. ovarica.	Favorevole. Obbligata a letto da oltre un anno, poteva già dopo 24 giorni stare eretta e camminare.
14	Sippel	*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 584.	21 Nov. 1889	36	Castraz. ovarica.	Favorevole: i dolori scompaiono a poco a poco.

EOMALACIA (sino alla fine giugno 1894).

Esito remoto dell' operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
Data Notizie	Notizie		
nno 1889	Amenorrea. La paziente cammina col bastone. Lavora tutto il giorno come lavandaia. Lamenta solamente di sera, dolori sacrali.	—	Notizie da comunicazione epistolare dell'A. (settembre 1894).
t. 1894	Amenorrea. Successo completo.	Quasi 8 anni.	
gio 1894	Amenorrea. Completa attitudine al lavoro.	8 anni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
890 892	Amenorrea. Constatata persistente la guarigione. Decesso della paziente per cardiopatia.	Oltre 2 anni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
glio 1888	Amenorrea Guarigione completa. Nè dolori, nè debolezza.	Quasi 2 mesi.	—
bre 1892	Coste, sterno, scapole indolenti. Dolori sacrali. La parete pelvica anteriore è alquanto sensibile alla pressione. Ad ogni modo attitudine a camminare molto buona.	4 anni e 3 mesi.	—
glio 1889	Amenorrea. Dolori completamente cessati. La donna cammina e lavora a lungo senza dolori.	Quasi 10 mesi.	—
sto 1894	Amenorrea. I dolori non ricompaiono che di quando in quando.	5 anni e 10 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
no 1889	Amenorrea. Sta molto bene. Cammina facilmente e senza stancarsi.	Quasi 4 mesi.	—
o 1890 892	Amenorrea. Dolori scomparsi. Decesso della paziente per tisi polmonare.	Circa 16 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
—	—	—	—
o 1890 93	Amenorrea. La donna può correre e lavorare come una sana. Decesso per causa non conosciuta. Fino a tale epoca conservò l'attitudine a camminare senza sofferenza.	13 mesi. Circa 4 anni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
1890	Amenorrea. Ossa punto sensibili. Attende alle faccende domestiche. Più tardi la donna partì per l'estero. Irreperibile.	9 mesi.	Idem.
aio 1890 94	Assoluto benessere. Aspetto sano. Cammina senza sforzo mediante appoggio ad un bastone. Esito completo. Niente dolori. Amenorrea.	Circa 6 mesi. Circa 5 anni.	— Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
io 1890	È fiorente, cresciuta in peso; completamente atta al lavoro, ecc.	7 mesi e mezzo.	—
r. 1894	Completo benessere. Amenorrea. La paziente, divenuta vedova, procura pane a sè stessa ed ai suoi cinque bambini col proprio lavoro.	4 anni e 3 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell' operazione	Età dell'ammalata	Operazione	Esito prossim dell' operazion
15	Chrobak	In: Winckel, *Samml. Klin. Vortraege*, n. 71, 1893, p. 663.	9 Dic. 1889	—	Castraz. ovarica.	Favorevole.
16	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	14 Genn. 1890	34	Castraz. ovarica.	Favorevole.
17	Fehling	*Archiv f. Gynaek.*, Bd. XXXIX.	28 Marzo 1890	39	Castraz. ovarica.	Favorevole. In 8.° gi coste e sterno non più dolenti. In giorno reumatismo tic. sub-acuto. In giorno ematoma perit. periuterino.
18	P. Mueller	Inedita. In: Kummer, « De l'ooforect. etc. » Genève, 1892.	10 Maggio 1890	29	Castraz. ovarica.	Favorevole.
19	Truzzi	*Annali di Ost. e Ginec.*, 1890.	19 Maggio 1890	26	Castraz. ovarica.	Favorevole.
20	Gelpke	Gelke, « Die Osteomalacie in Ergolzthale. » Basel, 1890.	19 Maggio 1890	31	Castraz. ovarica.	Favorevole.
21	E. v. Braun	*Centralb. f. Gyn.*, 1891, p. 598.	21 Maggio 1890	22	Castraz. ovarica.	Favorevole.
22	Schauta	Inedito.	24 Maggio 1890	40	Castraz. ovarica.	Favorevole.
23	Truzzi	*Annali di Ost. e Ginec.*, 1890.	17 Giugno 1890	34	Castraz. ovarica.	Favorevole.
24	Winckel	*Samml. Klin. Vortraege*, n. 71, 1893, p. 661 e 667.	18 Giugno 1890	38	Castraz. ovarica.	Favorevole. Cam già al ventisette giorno senza dol senza bisogno di g cie.
25	Lihotzki	*Centralb. f. Gyn.*, 1891.	18 Sett. 1890	34	Castraz. ovarica.	Favorevole.
26	Chrobak	In: Winckel, *Samml. etc.*, p. 663.	18 Sett. 1890	—	Castraz. ovarica.	Favorevole.
27	Truzzi	*Annali di Ost. e Gyn.*, 1890.	18 Ott. 1890	30	Castraz. ovarica.	Favorevole: però l miglioramento.

Esito remoto dell'operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
Data Notizie	Notizie		
—	Da comunicaz. di Chroback al Winckel (*Sammlung, ecc.*) risulterebbe che la paziente si può considerare come perfettamente guarita.	—	—
arzo 1890 aio 1894	Cammina bene: rapida scomparsa dei dolori. Amenorrea. Viene constatato l'esito completamente favorevole.	2 mesi, 4 anni.	— Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
—	Sta bene: lavora e può correre molto lesta. È ingrassata. Amenorrea.	2 mesi circa.	—
or. 1894	Amenorrea. È perfettamente atta al lavoro.	Quasi 4 anni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
—	Amenorrea. Cammina bene. Senza dolori.	Circa 2 anni.	—
891	Il ottobre 1890 circa 5 mesi dopo la castrazione ebbe una perdita sanguigna piuttosto considerevole. Prima e dopo amenorrea assoluta. È ingrassata. Si guadagna da vivere col lavoro delle proprie braccia.	Circa 1 anno.	—
894	Sta bene. Amenorrea. Esito completo.	Circa 4 anni.	
osto 1890	È felice di potere, dopo anni, camminare liberamente senza bastone. Attende alle faccende domestiche senza fatica. Un pezzo del sacro resta sempre leggermente dolente alla pressione.	3 mesi.	—
bre 1892	Amenorrea. Sta bene. Può muoversi senza alcuna sofferenza.	2 anni e mezzo.	—
—	Guarigione perfetta.	—	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
891	È ingrassata. Però soffre lievi dolori alla colonna vertebrale, regione dorso-lombare. Le mestruazioni, dopo amenorrea per sei mesi, ricomparvero a tipo regolare, per la durata di 3-4 giorni.	Circa 1 anno.	Donna nullipara.
bre 1892	Clavicole, scapole, sterno, coste punto sensibili. Al bacino la cresta iliaca destra è dolente ed il cotile sinistro è squisitamente osteomalacico. Motilità non libera. Non può la donna senza appoggio alzarsi da sedere.	2 anni e 4 mesi.	—
bre 1890	La paziente è già in grado di camminare mediante gruccie, mentre prima per mesi era obbligata a letto.	27 giorni.	—
—	Guarigione.	—	—
o 1892	Per 13 mesi dall'operazione amenorrea, miglioramento nello stato generale, ecc. Il 9 novembre 1891 ebbe perdita sanguigna dalla via genitale con ricomparsa dei dolori osteomalacici, tantochè dovette riprendere l'uso delle gruccie. Nel trimestre dal dicembre 1891 al febbraio 1892 amenorrea e nuovo miglioramento della paziente. Durante il marzo 1892 al 4, al 9 e 19 nuove perdite sanguigne atipiche con recidiva dei dolori.	1 anno e 7 mesi.	—
893	Dal marzo 1892 amenorrea e coincidente miglioramento notevole dell'operata, che ora cammina nuovamente senza gruccie.	2 anni e mesi.	
e 1894	Sta bene. Cammina: sale e scende le scale senza dolori.	4 anni.	

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell'operazione	Età dell'ammalata	Operazione	Esito prossim dell'operazio
28	Hofmeier	In: Fr. Sasse, Dissert. inaug. Würtzburg, 1891 e *Centralbl. f. Gynaek.*, 1891, n. 12.	6 Nov. 1890	30	Castraz. ovarica.	Favorevole. Cammi settimane dopo l'o senza dolori.
29	Thorn	*Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n. 41.	9 Nov. 1890	32	Castraz. ovarica.	Scomparsa sorpren temente rapida de lori ossei.
30	Orthmann	*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. xxx.	12 Genn. 1891	36	Castraz. ovarica.	Scomparsa dei dolo quinto giorno dop perazione.
31	Chiarleoni	*Rivista di Ost. e Gin.*, 1891, p. 458.	29 Genn. 1891	37	Castraz. ovarica.	Decorso tipico: dim il 1.° marzo, cam senza sostegno e q senza dolore.
32	Chrobak	In: Winckel, *Samml., ecc.*, p. 663.	15 Febbr. 1891	—	Castraz. ovarica.	† per sepsis.
33	Schauta	In: Winckel, *Samml., ecc.*, p. 663.	16 Marzo 1891	—	Ovaro-isterectomia totale.	Favorevole.
34	Fehling	Osserv. inedita.	18 Marzo 1891	28	Castraz. ovarica.	Favorevole.
35	Lohlein	*Festschrift, ecc.* In: *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. xxix.	30 Marzo 1891	43	Castraz. ovarica.	Favorevole.
36	Kezmarszky	Breve cenno nel: *Centralbl. f. Gyn.*, n. 25, 1892, p. 598.	11 Aprile 1891	29	Castraz. ovarica.	Favorevole.
37	Lohlein	*Festschrift, ecc.* In: *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. xxix.	23 Aprile 1891	37	Castraz. e ventrotrofiss. dell'utero in gravidanza per retroflessione in osteomalacia.	Favorevole.
38	Fehling	Osserv. inedita.	30 Aprile 1891	41	Castraz. ovarica.	Favorevole.
39	Fehling	Osserv. inedita.	16 Giugno 1891	37	Castraz. ovarica.	Favorevole.
40	Chrobak	In: Winckel, *Samml., ecc.*, n. 71, p. 663.	1 Luglio 1891	--	Castraz. ovarica.	Non guarita.
41	V. Velits	*Zeitscrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. xxiii.	6 Luglio 1891	41	Castraz. ovarica.	Favorevole. Rapida d sazione dei dolori.
42	V. Velits	*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. xxiii.	10 Luglio 1891	40	Castraz. ovarica.	Favorev. Pronta sc parsa dei dolori.

Esito remoto dell' operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
ATA Notizie	Notizie		
ic. 1893	Amenorrea. Nessun dolore alla pressione delle ossa. Movimenti affatto indolori.	Oltre 3 anni.	Nullipara. Comunicaz. epistol. dell'A. (sett. 1894).
o 1894	Due mesi dopo l'operazione ebbe scarsa perdita di sangue dall'utero. Poscia amenorrea. Guarigione.	Circa 3 anni e mezzo.	*Macies* dell'utero ed annessi. Comunicaz. epistol. dell'A. (ottobre 1894).
—	Amenorrea. Dolori interamente scomparsi.	3 anni ed 1 quarto.	Comunicaz. epistol. dell'A. (ottobre 1894).
	Riveduta, si constata avere la osteomalacia ripreso il suo corso, benchè la donna si mantenga in condizioni di nutrizione assai buona e si mostri ingrassata.	Poco più d'un mese.	—
	—	—	—
	Guarigione.	—	Nella comunicaz. epistolare speditami dall'A. nell'agosto 1894 non è cenno di questo caso, che figura invece nella statistica raccolta da Winckel. — Indicavano l'intervento osteomalacia florida e prolasso uterovaginale.
1894	Amenorrea. Rapida scomparsa dei dolori. Constatata persistente la guarigione con esito completo.	2 anni e 10 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894),
	Sempre più libera da dolori. Andatura facile, non stentata, indolora. Ebbe due brevi recidive. Amenorrea.	2 mesi. 2 anni e mezzo.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
1892	Persistono alquanto i dolori ossei. Anche la mestruazione si ripete ogni 6-8 settimane. Esito incompleto.	10 mesi circa.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
1891	Aspetto sano. Sta eretta bene. Di tanto in tanto disturbi climaterici. Benessere subbiettivo.	75 giorni. 2 anni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
	Alquanti dolori, come prodotti da reumatismo. Amenorrea. Decesso per carcinoma del ventricolo.	--	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
93-94 1894	Lieve recidiva, malgrado persista l'amenorrea. Viene constatato che la paziente, in causa di umidità, soffre sensibilità leggiera alla pressione delle ossa ed ha minore attitudine a camminare.	2 anni e mezzo. 2 anni e 11 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
	Non guarita.	--	—
1892	Viene visitata. Amenorrea. Esito completamente favorevole. Decesso per tisi polmonare.	10 mesi e 8 giorni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
894	Amenorrea. Guarigione.	3 anni e 1 mese.	Idem.

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell'operazione	Età dell'ammalata	Operazione	Esito pross dell'operazi
43	Chrobak	In: Winckel, *Samml., ecc.*, p. 663.	13 Luglio 1891	—	Castraz. ovarica.	Favorevole.
44	Lohlein	*Festschrift, ecc.* In: *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. xxix.	15 Luglio 1891	44	Castraz. ovarica.	Rapida diminuzi dolori ossei da giorno. Viene d dopo cinque setti senza dolori, in piccoli passi, po senza appoggio.
45	Fehling	Osserv. inedita.	16 Luglio 1891	31	Castraz. ovarica.	Favorevole.
46	Kotschau	Osserv. inedita.	28 Luglio 1891	42	Castraz. ovarica.	Favorevole. Mi mento lento dell generale dopo mezzo anno dall'
47	Schauta	In: Winckel, *Samml., ecc.*, n. 71, p. 663.	5 Agosto 1891	39	Castraz. ovarica.	Favorevole.
48	Winckel	*Sammlung Klin. Wortraege*, n. 71, p. 668.	11 Agosto 1891	37	Castraz. ovarica.	† in dodicesima nata per pleuro-nite tubercolosi.
49	Schauta	In: Winckel, *Samml., ecc.*, p. 663.	13 Agosto 1891	33	Castraz. ovarica.	Favorevole.
50	V. Velits	*Ungarisch. Arch. f. Medic.*, Bd. ii.	19 Sett. 1891	43	Castraz. ovarica.	Favorevole. Scom rapida dei dolo donna, affetta c more intenzional soffre più alle o medesimo.
51	Fehling	Osserv. inedita. Figura però nell'elenco statistico di Kummer (caso xxvii).	27 Ott. 1891	38	Castraz. ovarica.	Favorevole.
52	Lohlein	*Festschrift, ecc.*, p. 32.	19 Nov. 1891	42	Castraz. ovarica.	† in settima gio Donna molto an Adiposa. Narcos cile (cuore grass
53	P. Mueller	Osserv. inedita. Comucata dall'A. al dottor Kummer l'11. 6. 92.	26 Nov. 1891	41	Castraz. ovarica.	Favorevole.
54	Runge	*Archiv. f. Gyn.*, xli., p. 121.	1891	—	Castraz. ovarica,	† per adiposi ca in sesta giornat
55	Truzzi	Osserv. inedita.	14 Genn. 1891	34	Castraz. ovarica.	Favorevole. In s giornata i mov riescono più fa quasi indolori.
56	V. Velits	*Ungarisch. Arch. f. Medic.*, Bd. ii.	1 Febbr. 1892	34	Castraz. ovarica.	Guarigione tipica
57	Lohlein	*Festschrift, ecc.*, p. 27.	5 Marzo 1892	36	Castraz. e ventrofissazione uterina.	Dolori ossei cessa pochi giorni. Do settimane cammi due bastoni.

Esito remoto dell'operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
TA otizie	Notizie		
	Guarigione.	—	—
	Benessere. Aumento di peso. Andatura libera. Capace di attendere alla casa, di salire le scale. L'andatura è però tuttora un po' strascicata. Di quando in quando dolori al femore sinistro. Amenorrea.	3[4 d'anno. 2 anni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
1894	Dolori presto scomparsi. Amenorrea. Viene constatata persistente la guarigione.	— 2 anni e 7 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
3	Secondo referto del medico curante la paziente fino al 1893, in cui morì per polmonite, rimase affatto senza dolori, amenorroica.	Circa 2 anni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
3	Decesso per polmonite da influenza.		
	Guarigione completa.	—	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
	—	—	Le sofferenze esteomalaciche erano già sensibilmente diminuite.
	Guarigione completa.	—	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
1894	Unicamente per causa di malattia del sistema nervoso giace sempre all'Ospedale. È amenorroica. Decesso per irreparabile progresso della affezione del sistema nervoso.	—	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
	I dolori, dapprima scomparsi, in seguito ad abitazione in locale umido sono ritornati più intensi. Risultato incompleto. Amenorrea.	—	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
	--	—	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
	Amenorrea. Cammina abbastanza bene.	7 mesi.	—
	—	—	—
1892	Miglioramento rilevante. La donna, da impossibilitata a muoversi anche nel letto, ora si alza, si veste da sola, scende senza aiuto le scale, attende alle faccende domestiche.	4 mesi e 10 giorni.	Lettere dei dott. Lodini di Fagnano Olona e Mari, Direttore Ospedale di Busto Arsizio.
	In seguito a grave influenza ricompaiono vivaci sintomi di osteomalacia. La donna giace sofferente a letto, nuovamente incapace a muoversi.	Circa 2 anni.	
1894	Amenorrea. Guarigione persistente (notizie pervenute all'Op. per lettera).	2 anni e 5 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
	Stato assai migliorato. Può camminare senza bastone. Solamente da alcune settimane sono ricomparsi qua e colà dolori nel sacro, ma leggeri affatto. Amenorrea.	14 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell'operazione	Età dell'ammalata	Operazione	Esito pross dell'operaz
58	Truzzi	Osserv. inedita.	20 Marzo 1892	33	Castraz. ovarica.	Favorevole.
58 bis	Truzzi	Osserv. inedita.	2 Giugno 1893	34	Isterectomia totale per vagina.	Favorevole.
59	Kezmarszky	—	5 Aprile 1892	22	Castraz. ovarica.	Pronta scompari dolori.
60	V. Velits	*Ungarisch Arch. f. Medic.*, Bd. II.	6 Aprile 1892	27	Castrazione; indi per emorragia interna, riapertura dell'addome ed amputaz. sopra-vaginale dell'utero, affetto da *macies*.	Guarigione tipic scomparsa dei fu ancor più rapi nelle altre donn
61	Kezmarszky	—	9 Aprile 1892	33	Castraz. ovarica.	† in quinta gi per ?
62	Kummer	« De l'oophorectomie bilat., ecc., » *Revue méd. de la Suisse Romande*, Genève 1892.	9 Aprile 1892	39	Castraz. ovarica.	Favorevole.
63	V. Velits	*Ungar. Arch.*, Bd. II.	20 Aprile 1892	33	Castraz. ovarica.	Guarigione tipica
64	Lohlein	*Festschrift, ecc.*, p. 28.	27 Aprile 1892	32	Castraz. e ventrofissazione uterina.	Scomparsa dei già nei primi In diciottesimo può camminare diante appoggio 4-5 settimane l'u diviene sempre p cile.
65	Hofmeier	In: Schroeder, Diss. inaug. Wurtsburg, 1892.	5 Maggio 1892	37	Castraz. e ventrofissazione di utero retroflesso.	Dopo 4 giorni no verte più alcun d Dopo 25 giorni mina senza dolor avverte unica sotto la pressione ossa, o durante voro.
66	Lohlein	*Festschrift, ecc.*, p. 29.	7 Maggio 1892	42	Castraz. e ventrofissaz. dell'utero.	Già al secondo g non esiste più dolore alla press
67	Truzzi	Osserv. inedita.	12 Maggio 1892	38	Castraz. ovarica.	Favorevole.
68	V. Velits	*Ungar. Arch. f. Med.*, Bd II.	12 Giugno 1892	41	Castraz. ovarica.	Guarigione straor riamente rapida.

zie	Esito remoto dell'operazione — Notizie	Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
	Dopo trentacinque giorni dall'operazione e quarantacinque dall'ultimo periodo mestruale si iniziano perdite sanguigne dalla via genitale, talora a periodo atipico, talora con intervallo regolare. Riacutizzazione dei dolori osteomalacici. Deperimento generale.	1 anno e 2 mesi.	La castrazione riescì assai indaginosa stante esistenza di tenaci aderenze per perimetriti puerp. pregresse.
1894	Amenorrea. Migliorata assai. Lavora tutto il giorno: può scendere e salire le scale senza sofferenze.	1 anno e 3 mesi.	La povera donna deve condurre vita di gravi stenti, benchè ripetutamente sussidiata da Opere Pie in Milano.
894	Amenorrea. Dolori cessati.	1 anno e 10 mesi	Comunicaz. dell' A. (settembre 1894).
894	Amenorrea. Guarigione perfetta. (Notizie avute per lettera dall' Op).	Circa 2 anni e un quarto.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
	—	—	I dolori ossei erano già notevolmente diminuiti.
4	Amenorrea. Dolori scomparsi. Guarigione perfetta.	2 anni e 3 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
94	Amenorrea. La donna, che si è ripresentata, cammina e lavora senza dolori.	Circa 26 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
	Amenorrea. La paziente non avverte che di quando in quando leggeri dolori all'anca sinistra. Attende alle bisogne domestiche.	1 anno e mezzo.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
4	Dall' ottobre 1892 al febbraio 1893 ebbe perdite pseudo mestruali a tipo regolare, scarse. In seguito amenorrea. La donna cammina liberamente: nessuna sensibilità alla pressione delle ossa. Solamente dolori sacrali nella stazione prolungata.	1 anno e quasi 9 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
	Notevole miglioramento: solamente quando si strapazza, la donna soffre dolori in corrispondenza alle anche.	5 mesi.	Comunicaz. dell' A. (settembre 1894).
	Ricomparsa di perdite sanguigne dalla via genitale: durata di 5 giorni. La paziente si sente più debole, anche quando è coricata. Stanchezza dolorosa negli arti inferiori.	6 mesi.	
	Attività e condizioni generali soddisfacenti. Però persistono dolori passeggieri agli arti inferiori. Decesso per influenza.	16 mesi.	
	Amenorrea. Stato generale soddisfacente.	Circa 2 anni.	—
	Guarigione persistente. (Notizia avuta dall'Op. per lettera).	2 anni ed 1 mese.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell' operazione	Età dell' ammalata	Operazione	Esito prossi dell' operazi
69	Carle	Condio. Tesi di laurea.	15 Giugno 1892	38	Ovaro–isterectomia per vagina.	Favorevole.
70	Walter (Clinica di Lohlein)	*Festschrift d. Gesellschoft f. Geb. u. Gyn.*, p. 30.	18 Giugno 1892	30	Castraz. e ventrofissazione uterina.	Dal sesto giorno nuzione dei dolor po 4 settimana camminare media bastoni.
71	Alj	Osserv. inedita.	22 Giugno 1892	38	Castraz. ovarica.	Diminuzione dei Un po' di miglior to nello stato gen
72	Preindlsberger	*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893, n. 21.	1 Luglio 1892	29	Castraz. ovarica.	Scomparsa rapid dolori.
73	V. Velits	*Ungar. Arch. f. Med.*, Bd. II.	20 Agosto 1892	38	Castraz. ovarica.	Guarigione mera samente rapida.
74	V. Velits	*Ungar., ecc.*	1 Nov. 1892	35	Ooforo-isterectomia sopravaginale. Esisteva *macies* dell'utero ed annessi.	Guarigione tipica
75	Hofmeier	B. Fushaus. « Ub. die Heilung d. Osteomalacie. » Inaug. Diss., Wucrtzburg, 1894.	2 Dic. 1892	37	Castraz. ovarica.	In quinta giorn quasi senza dol
76	Schauta	Caso inedito.	7 Genn. 1893	43	Castraz. e ventrofissaz. dell' utero.	Favorevole.
77	Schauta	In: Latzko, *Wiener Klin. Wochenscrift*, numeri 28 e 29, 1894.	14 Genn. 1893	37	Salpingotomia bilater. per osteomalacia florida e piosalpinge.	Guarig. dell' atto rativo: nessun sui dolori.
78	Kotschau	Osserv. inedita.	17 Genn. 1893	28	Castraz. ovarica.	Favorevole.
79	Truzzi	Osserv. inedita.	10 Febbr. 1893	41	Ovaro-isterectomia sopravaginale, affondamento del peduncolo.	Guarigione.
80	V. Velits	Osserv. inedita.	4 Giugno 1893	24	Castraz. ovarica.	Favorevole.
81	V. Velits	Osserv. inedita.	22 Giugno 1893	29	Castraz. ovarica.	Guarigione tipica
82	V. Velits	Osserv. inedita.	12 Luglio 1893	29	Castraz. ovarica.	Guarigione.
83	Baecker (Clinica prof. Kézmárszky)	—	27 Nov. 1893	38	Castraz. ovarica.	Rapida cessazion dolori.

Esito remoto dell'operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
zie	Notizie		
	Guarigione persistente.	—	—
892	I tentativi di camminare producono stanchezza.	Circa 2 mesi.	Comunicaz. epistol. del professor Lohlein (sett. 1894).
1892	Miglioramento.	—	
1892	Nuovo peggioramento. Andatura incerta, dolori nella gamba sinistra.	Circa 6 mesi.	
93	Stazione migliorata. Ebbe a metà gennaio e metà febbraio scarsa mestruazione.	10 mesi.	
93	Dopo cura balnearia può camminare senza appoggio.	13 mesi.	
	Mentre alla Società Ost. di Amburgo (Seduta 11 ottobre 1892), l'A. aveva riferito che nella operata erasi verificata recidiva dell'osteomalacia, il dott. Aly nella sua comunicazione epistolare (ottobre 1894), mi dà notizia che lo stato generale della donna va migliorando e l'osteomalacia tende nuovamente a guarigione. Amenorrea.	Oltre 2 anni.	Comunicaz. epistol. dell'Op. (ottobre 1894).
92	Nessun dolore osseo. Si presenta all'Ambulatorio unicamente per disturbi da cistite.	5 mesi e mezzo.	Comunicaz. epistol. dell'A. (ottobre 1894). Nullipara.
893	La donna cammina assai meglio e senza dolori. Non soffre alla pressione del torace e del bacino. Vi ha unicamente sensibilità alla pressione in corrispondenza del corno sinistro dell'utero.	Quasi 8 mesi.	—
893	Sta bene.	9 mesi e mezzo.	—
93	Amenorrea. Guarigione completa.	1 anno e 20 giorni.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
894	Guarigione persistente (notizie pervenute all' Op. per lettera).	1 anno e quasi 9 mesi.	Come sopra.
893	La paziente cammina anche in fretta e lavora senza dolori. Amenorrea?	1 anno circa.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
	Guarigione completa.	—	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
893	Persiste regolare la mestruazione. Dolori ossei all pressione delle clavicole, coste, vertebre lombari, sacro, tibie, ecc. Dolori anche spontanei al torace, alla colonna lombare. Nei tentativi di camminare soffre moltissimo.	4 mesi.	—
4	Amenorrea. Più alcun dolore.	1 anno e 7 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (settembre 1894).
	Sta bene. Delle sofferenze trascorse, che l'avevano resa incapace a stare eretta, a muoversi, ora non esiste che qualche traccia. Lo stento della deambulazione è inerente alla deformazione scheletrica.	Circa 1 anno.	—
94	Amenorrea. Ad intervalli soffre dolori come avanti l'operazione.	Quasi 13 mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A. (agosto 1894).
94	Amenorrea. La paziente, che si presenta di persona, non soffre più alcun dolore osseo.	Quasi 13 mesi.	Comunicaz. epistol., ecc.
	Nessuna notizia dell'operata.	—	Come sopra.
	Amenorrea. Guarigione persistente.	—	Comunicaz. epistol. del professor Kézmárszky (settembre 1894).

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell'operazione	Età dell'ammalata	Operazione	Esito prossi dell'operazio
84	Baecker	—	19 Aprile 1894	30	Castraz. ovarica.	Favorevole.
85	Hofmeier	Osserv. inedita.	8 Maggio 1894	36	Castraz. ovarica.	Dal terzo giorno sul tivo migliorament ventesimo giorn camminare senza lori.

Casi con no

N.° progressivo	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell'operazione	Età dell'ammalata	Operazione	Esito prossi dell'operazi
86	Wyder	*Korrespondenzblatt der Schw. Ärzte*, XXI, pagina 619, 1891. *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 408.	—	—	Castrazione.	Favorevole.
87	A. Rasch	*Centralb. f. Gyn.*, 1893, p. 598. *Zeitscrhift f. Geb. u. Gyn.*, XXV, Hft. 2.	—	—	Castraz. ovar. dopo aborto artificiale.	Al terzo giorno parsa dei dolor paziente può più camminare col ba
88	Mazzoni	—	17 Luglio 1894	43	Isterectomia totale addomin. con ovariectomia.	Favorevole, dop giorni si alza dolori.
89	C. v. Braun	*Centralb. f. Gyn.*, 1891, p. 601 e Kummer, op. cit.	—	—	Castrazione.	Favorevole.
90	C. v. Braun	*Centralb. f. Gyn.*, 1891, p. 601 e Kummer, op. cit.	—	-	Castrazione.	Favorevole.
91	Vaucher	Caso inedito. Un cenno in: Kummer, op. cit.	—	—	Castrazione.	—

Esito remoto dell'operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
ra otizie	Notizie		
	Troppo prossima la data dell'operaz.	—	Comunic. op. del prof. Kézmárszky (settembre 1894).
e 1894	Più nessun dolore.	Oltre 3 mesi.	Comunicaz. epist. dell' A. (settembre 1894).

INCOMPLETE.

Esito remoto dell'operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
a otizie	Notizie		
	—	—	—
	—	—	—
	—	—	Osteomalacia e fibromi uterini.
	—	—	—
	—	—	—
	—	—	—

* * *

I casi da me raccolti sommano a 91; per sei dei medesimi però le notizie, che li riguardano, sono affatto insufficienti.

Gli operatori che portarono alla statistica maggior contributo di casi dal gennaio 1887 al giugno 1894, furono: — il Fehling con 14 casi — il v. Velits, con 12, — lo Schauta, il Lohlein e Truzzi, ciascuno con 7 casi — il Chrobak con 5 — l'Hofmeier ed il Müller, ciascuno con 4 casi — il Winckel, il Kotschau ed il Kézmárszky, ciascuno con 3 casi.

* * *

Per 13 casi non mi fu possibile conoscere l'età delle operate all'epoca dell'intervento. Per gli altri le cifre dell'età variano tra i 22 ed i 44 anni; si rileva però una maggiore frequenza di osservazioni nel limite dai 29 ai 38 anni, verso quell'epoca cioè in cui la donna risente dannosamente le conseguenze di una fertilità, che fu per essa immoderata nel periodo parossistico dell'età feconda, mentre d'altra parte non è ancora abbastanza vicino al climaterio per averne qualche vantaggio nell'andamento della propria malattia.

Per un rilievo più particolareggiato dell'età delle operate valga il seguente elenco:

Età, anni	Num. dei casi operati	Età, anni	Num. dei casi operati	Età, anni	Num. dei casi operati
22	2	31	5	38	6
24	1	32	4	39	4
26	1	33	5	40	2
27	1	34	5	41	6
28	3	35	2	42	5
29	5	36	5	43	4
30	4	37	7	44	1

* * *

Dall'esame delle nostre tavole statistiche risulta che, prescindendo dai sei casi incompletamente annotati, il numero delle osservazioni andò segnando di anno in anno un aumento fino al 1891, toccando allora un

massimo di 25 casi, mentre nel 1887 non eranvene stati che 2, nel 1888 cinque, nel 1889 otto, nel 1890 quattordici. Dopo il 1891 il numero annuale dei casi va decrescendo, tanto che ne abbiamo 21 pel 1892, 8 pel 1893 e 2 pel primo semestre dell'anno in corso. Un tale decremento è forse da attribuirsi in massima parte al ritardo nella pubblicazione di casi fin qui inediti ed operati in quest'ultimo triennio, alla facilità quindi che i medesimi possano essere sfuggiti alle indagini statistiche.

* * *

Le operazioni eseguite sommano a 92 pei 91 casi, essendosi dovuto per uno di questi (n. 58) intervenire due volte, la prima colla estirpazione degli annessi, la seconda coll'isterectomia per via vaginale.

Ecco l'elenco delle 92 operazioni:

76 delle medesime sono rappresentate da semplice estirpazione degli annessi;

in 8 alla estirpazione degli annessi venne aggiunta la ventrofissazione dell'utero retroflesso (1 caso di Fehling, 4 di Lohlein, 1 di Hofmeier, 1 di Walter, ed 1 di Schauta);

in 3 casi, uno di Truzzi e due di v. Velits, s'intervenne colla laparo-ovaro-isterectomia sopravaginale;

in 2 (casi di Schauta e di Carle) l'ovaro-isterectomia fu totale per via vaginale; in uno (caso di Mazzoni) per via addominale;

finalmente in un caso si intervenne colla salpingotomia (Schauta), in altro colla isterectomia per vagina a distanza di oltre 14 mesi dalla castrazione ovarica prima eseguita (Truzzi).

* * *

Per quanto si riferisce all'esito immediato, chirurgico dell'intervento operativo, non mi mancarono notizie se non per due delle 92 operazioni della mia statistica.

È anzitutto degno di nota che tutte le operate di isterectomia o di ovaro-isterectomia guarirono in modo regolare, a malgrado della apparente maggior gravezza dell'intervento. La mortalità è rappresentata dalla cifra del 6.6 0[0 e devoluta alle seguenti cause:

occlusione intestinale (caso di Fehling, n. 10),

sepsi (caso di Chrobak, n. 32),
pleuro-polmonite e tubercolosi (caso di Winckel, n. 48),
degenerazione del miocardio (casi di Lohlein e di Runge, n. 52 e 54),
causa ignota (caso di Kézmárszky, n. 61).

Quanto all'esito immediato dell'operazione nell'attenuare le sofferenze delle osteomalaciche, risulta che nelle 84 volte in cui all'intervento operativo seguì il successo chirurgico, il miglioramento della affezione ossea, il sollievo risentito dalle pazienti non tardarono per solito a verificarsi già in modo manifesto nelle prime giornate dopo l'atto operativo, talora furono meravigliosamente pronti ad apparire già nelle prime ore dopo l'intervento. Solamente in poche osservazioni, come la seconda di Fehling (n. 2), quella di Sippel (n. 14), la terza di Truzzi (n. 27), la scomparsa dei dolori si fece attendere assai più tempo, nè ebbe a verificarsi in modo tanto brillante come nelle altre congeneri.

Finalmente in due soli casi, l'uno di Winckel (n. 5), l'altro di Chrobak (n. 40), l'esito, per ciò che si riferisce alla scomparsa più o meno sollecita dei dolori ossei, fu, si può dire, affatto negativo (1).

* * *

Le notizie però, che più richiamano la nostra attenzione nello spoglio del materiale statistico, riguardano, come già dissi, gli esiti remoti, definitivi della castrazione ovarica ed utero-ovarica.

Ricordando come il numero delle operazioni raccolte sia di 92, escludendo da queste le 6 che si riferiscono a pazienti decesse in seguito all'intervento, possiamo dividere le residue 86 nei seguenti tre gruppi:

1.° gruppo — casi di operazione, pei quali non si potè avere notizia alcuna dell'esito remoto. Casi 8;

2.° gruppo — casi di cui si conosce l'esito definitivo, ma si ignora a quale distanza dall'intervento chirurgico tali notizie sieno pervenute all'operatore. Casi 14 (2);

---

(1) Non credo opportuno comprendere tra questi casi quello di Schauta (n. 77) perchè in realtà nel medesimo l'intervento si limitò alla salpingotomia e la mestruazione continuò in seguito immutata.

(2) Escludo volentieri anche qui dal computo il caso di Schauta (n. 77) perchè, come dissi, nel medesimo si trattava di una semplice salpingotomia, più indicata da piosalpinge che dalla coesistente osteomalacia florida.

3.° gruppo — casi, pei quali sono conosciute e le notizie sull'esito remoto e la data in cui vennero raccolte. Casi 63.

Però non tutte le 63 osservazioni di questo 3.° gruppo si prestano convenientemente a fornirci un criterio sulla efficacia definitiva della castrazione, perchè per 15 delle stesse le notizie datano da meno di un anno dopo l'atto operativo e non possono, secondo il Winckel, essere prese in considerazione a profitto di tale ricerca. Invece per 20 casi tali notizie appartengono già al secondo anno, per 13 al terzo, per 8 al quarto, per 4 al quinto, per 1 al sesto, all'ottavo ed al nono anno dopo l'operazione. Sono quindi in tutto 48 casi che potranno tra breve servirci per indagare gli effetti remoti della castrazione sulla osteomalacia.

Diamo qui intanto un prospetto di questi esiti remoti per le osservazioni tanto del secondo che del terzo gruppo:

Data delle notizie più recenti		ESITO (1)					
Anno	Mese	Guarigione completa	Miglioramento	Recidiva seguita da nuova guarigione	Recidiva persistente	Esito affatto negativo	Ricomparsa tardiva di perdite pseudomestruali
1.°	1.° mese . .	25	—	—	—	—	—
	2.° » . .	4	—	—	31	—	—
	3.° » . .	20	—	—	—	—	—
	4.° » . .	8. 85	—	—	—	—	—
	5.° » . .	—	—	—	—	—	—
	6.° » . .	—	—	—	—	—	—
	7.° » . .	53	—	—	—	—	—
	8.° » . .	—	—	—	—	—	—
	9.° » . .	12	—	—	—	—	—
	10.° » . .	6. 72	—	—	—	36	36
	11.° » . .	41	—	—	—	—	—
	12.° » . .	75	79. 23	—	—	—	23

(1) I numeri inclusi nelle finche degli esiti corrispondono ai numeri spettanti ai singoli casi nel prospette statistico da me raccolto.

Data delle notizie più recenti		ESITO					
Anno	Mese	Guarigione completa	Miglioramento	Recidiva seguita da nuova guarigione	Recidiva persistente	Esito affatto negativo	Ricomparsa tardiva di perdite pseudomestruali
2.°	1.° trimestre	73. 81. 58 bis	80. 57	70	58	—	58
	2.° »	9. 64	66	—	—	—	66
	3.° »	74. 78. 65	—	—	—	—	65
	4.° »	18. 37. 46. 59. 67	44	—	55	—	—
3.°	1.° trimestre	3. 60. 62. 63. 68	71	—	—	—	—
	2.° »	21. 56	24	35	—	—	—
	3.° »	45	—	—	—	—	—
	4.° »	34	—	—	39	—	—
4.°	1.° trimestre	28. 42	—	—	—	—	—
	2.° »	29. 30	—	—	—	—	29
	3.° »	—	—	—	—	—	—
	4.° »	11. 16. 17. 19	—	—	—	—	—
5.°	1.° semestre	14	5	27	—	—	27
	2.° »	13	—	—	—	—	—
6.°	1.° semestre	—	—	—	—	—	—
	2.° »	—	7	—	—	—	—
7.°	1.° semestre	—	—	—	—	—	—
	2.° »	—	—	—	—	—	—
8.°	1.° semestre	—	—	—	—	—	—
	2.° »	1	—	—	—	—	—
9.°	1.° semestre	2	—	—	—	—	—
	2.° »	—	—	—	—	—	—
Data non determinata		15. 22. 26. 83. 43 47. 49. 69. 76. 83	38. 50	—	51	40	—

Prendendo in esame i dati di questo prospetto e limitandoci ai casi, pei quali è conosciuta la data, esatta od approssimativa, delle notizie a distanza dall'atto operativo, noi abbiamo complessivamente:

guarigioni complete	casi	45
casi di miglioramento	»	10
casi, in cui si ebbe recidiva nel decorso consecutivo, ma a questa fece seguito nuovamente la guarigione	»	3
casi di recidiva persistente	»	4
esiti affatto negativi	»	1

Se noi ora vogliamo attenerci al consiglio di Winckel e trascurare quei casi, pei quali le notizie sull'esito definitivo datano da meno di un anno, noi troviamo che i 48 casi più sopra nominati possono essere così distinti:

guarigioni complete	casi	34
casi di miglioramento	»	8
casi, in cui si ebbe recidiva nel decorso consecutivo, ma a questa fece seguito nuovamente la guarigione	»	3
casi di recidiva persistente	»	3
esiti interamente negativi	»	0

Importa ora fare un rapporto tra il numero delle guarigioni perfette e quello delle incomplete. Da un tale rapporto risulterebbe che le guarigioni incomplete o mancate rappresentano il 36 0[0 pei casi in cui l'osservazione si limitò ad un periodo inferiore ad un anno, mentre le medesime salgono alla rilevante proporzione del 41 0[0 per tutti gli altri casi, in cui la vigilanza delle operate si protrasse al di là di uno o più anni.

Queste cifre giustificherebbero a prima giunta gli apprezzamenti un po' severi del Winckel, il quale anzi dalla propria statistica non aveva ricavato che il 25 0[0 di guarigioni non complete.

Noi dobbiamo però considerare che talune operate che noi, per eccessivo scrupolo nello sceverare caso da caso, abbiamo messo nel gruppo delle semplicemente migliorate, lo erano però di tanto rispetto al primiero loro stato da potersi ammettere quasi come assolutamente guarite. Così dicasi, ad esempio, del caso di v. Velits (n. 80), in cui è detto che

la paziente non soffre che ad intervalli qualche fugace dolore; così del caso di Lohlein (n. 57), la cui operata ritrasse tanto vantaggio dalla castrazione, che potè riacquistare l'attitudine a camminare senza bastone e solamente da qualche tempo accusa la ricomparsa di qualche lieve dolore..... Parimenti per un altro caso del Lohlein (n. 44) si legge che la paziente è diventata capace di attendere alla propria casa, di salire le scale, ha aumentato di peso, e soltanto accusa di quando in quando qualche dolore al femore sinistro.

Considerazioni analoghe meriterebbero di essere fatte pel caso n. 7 operato da Kotschau.

Nè ciò basta: noi possiamo, senza torturare troppo le cifre, annoverare tra le guarite quelle pazienti, nelle quali si ebbe bensì una più o meno marcata recidiva nel decorso post-operatorio, ma infine a queste esacerbazioni temporarie fece seguito una guarigione duratura, Così, ad esempio, in uno dei casi da me operati (n.° 27) il miglioramento dopo l'avvenuta recidiva data ormai da oltre due anni e la donna, che vidi anche di recente, si presenta in così buone condizioni di salute, da non lasciar temere ulteriore ricomparsa delle sofferenze, che l'hanno tanto travagliata.

In seguito a tale selezione, i casi, anche prescelti secondo i criteri voluti dal Winckel, verrebbero divisi come segue:

Guarigioni complete	casi	34
» *quasi* complete	»	4
» consecutive ad avvenute recidive	»	3
		41

Semplice miglioramento	casi	4
Recidiva persistente	»	3
		7

e la proporzione degli esiti incompleti o mancati si abbasserebbe al 17 0[0: cifra che non parrà elevata, quando si consideri che in quasi tutte le pazienti l'osteomalacia era avanzata ed a corso fatalmente progressivo (nota *).

Ma noi fin qui abbiamo cumulativamente studiato gli esiti tanto della semplice estirpazione degli annessi, quanto della ovaro-isterectomia. Ora se questa fusione di casi può essere giustificata per coloro che ritengono che il mezzo di cura chirurgica dell'osteomalacia consista in

genere nella soppressione nella donna delle più importanti funzioni della vita generativa (ovulazione, catamenio, gravidanza), non è altrettanto corretta quando si voglia tener conto della ipotesi di Fehling, che considera l'osteomalacia come una *trofoneurosi riflessa* e localizza nelle sole ovaie il focolaio d'origine di tale affezione morbosa.

Io ebbi già occasione, nei miei primi lavori su questo argomento, di pronunciarmi sfavorevolmente a questa pur geniale ipotesi del Fehling, la cui discussione ha un riverbero importante anche nella pratica, in quanto deve apprenderci se la guarigione definitiva delle osteomalaciche possa avvenire indifferentemente tanto per merito della sola castrazione ovarica che di quella utero-ovarica, o sia invece meglio garantita dalla contemporanea demolizione dell'utero e delle sue dipendenze.

Sgraziatamente i casi di ovaro-isterectomia in donne osteomalaciche fuori dello stato puerperale sono troppo scarsi, perchè si possa istituire qualche confronto; pei casi di operazione Porro resta il dubbio che la naturale tendenza al miglioramento delle osteomalaciche durante il puerperio abbia concorso ad avvalorare gli effetti dell'operazione eseguita.

Ad ogni modo è sempre di qualche ammaestramento il rilevare che nei pochi casi, in cui si addivenne alla ovaro-isterectomia, non seguirono mai recidive nel decorso post-operatorio, mentre queste, come sappiamo, non sono mancate dopo la semplice estirpazione degli annessi.

Per di più se si considera che in sette osservazioni della mia statistica si ebbe a deplorare nel decorso consecutivo, a maggior o minor distanza dalla castrazione eseguita, la ricomparsa di perdite sanguigne pseudomestruali, che spesso si accompagnarono a guarigione incompleta dell'osteomalacia, e che naturalmente erano legate alla persistenza di un viscere divenuto più dannoso che inutile,

se si riflette che in otto casi questo stesso viscere, per essere in migliori condizioni conservato, ha richiesto, in aggiunta alla castrazione la ventrofissazione, che pure porta il suo contingente di gravezza al pronostico, come lo dimostra il decesso di una delle operate di Fehling,

se infine si vuol concedere qualche valore al significato di uno dei miei casi, nel quale la isterectomia per via vaginale ottenne quella guarigione, che la precedente ovaro-salpingectomia non aveva saputo procurare,

parmi essere autorizzato ad insistere nella convinzione, che già espressi al Congresso internazionale, che cioè la *castrazione utero-ova-*

rica, sia da preferirsi, nei casi in cui possa essere impunemente eseguita, alla semplice estirpazione degli annessi.

Questo più radicale intervento sarà ancor meglio giustificato in quei casi, in cui si potrà sospettare che l'utero nella osteomalacica si trovi affetto da quella *macies,* che v. Velits (1) e Thorn (2) hanno descritto in loro casi, e che il primo inclina ad attribuire a degenerazione jalina delle arterie dell'utero e delle ovaie (nota **).

Così pure l'isterectomia sarà a raccomandarsi quando si sia diagnosticata la coesistenza coll'osteomalacia di postumi di salpingite, di processi gravi di endometrite, o di altra analoga lesione, che controindichi la conservazione dell'utero e del contiguo moncone di salpinge.

La pratica ginecologica ci ha appreso come sia assai meglio tollerato, anche da organismi deboli e denutriti, l'intervento per via vaginale in confronto all'altro, che richiede la dieresi del peritoneo in corrispondenza alla parete addominale anteriore.

I casi di Schauta, di Carle ed il mio dimostrano come, malgrado la

---

(1) v. Velits-Weitere. « Beiträge zur chirurg. Behandlung d. Knochenerweichung. » *Ung. Arch. f. Mediz.*, Bd. II.

(2) Thorn. *Centralb. f. Gynäh.*, 1891, N. 41.

N.° progr.	Operatore	Luogo e data della pubblicazione	Data dell'operazione	Età dell'ammal.	Operazione	Esito prossimo dell'operazio
92	Kunz	Osserv. inedita.	Febbraio 1891	43	Castraz. ovarica.	Favorevole.
93	Latzko	*All. Wiener mediz. Zeitung*, 1894.	18 Nov. 1891	46	Castraz. ovarica.	Miglioramento spe mente nei primi gi dopo l'operazione.
94	Morisani	In: Lauro, *Archiv. di Ostetr. e Ginecol.*, 1894.	3 Maggio 1893	33	Castraz. ovarica.	Favorevole dal lato rurgico.
95	Morisani	In: Lauro, *Archiv. di Ostetr. e Ginecol.*, 1894.	19 Agosto 1893	32	Castraz. ovarica.	Favorevole il migli mento però non è n accentuato.
96	Gelpke	Osserv. inedita.	2 Maggio 1894	37	Castraz, ovarica.	Evidente miglioram subito dopo l'op zione.
97	Acconci	*Rendic. clinico*, Genova, 1894, p. 56.	17 Giugno 1894	24	Castraz. ovarica.	Favorevole.

deformazione pelvica, non sempre sia impossibile nelle osteomalaciche il praticare l'isterectomia per via vaginale.

Ad ogni modo ove si giudichi impraticabile per l'angustia del bacino un tale intervento, si potrà ricorrere, come a me avvenne, alla ovaro-isterectomia sopravaginale per via laparotomica; ed in tal caso si potrà concedere la preferenza al trattamento del peduncolo colla legatura elastica acciò l'operazione riesca il più possibile semplice e spedita.

Qualunque sia del resto il valore di queste mie proposte, che rappresentano dopo tutto semplici aggiunte a quella di Fehling, va concesso pur sempre plauso alla iniziativa ed agli studi dell' insigne ostetrico di Halle, giacchè è merito precipuo del medesimo se nel volgere di pochi anni quasi un centinaio di povere madri si videro ridonate alle proprie occupazioni, alla propria attività, ai propri affetti, dopo che da assai tempo non avevano tregua alle proprie sofferenze e giacevano in preda ad una malattia, che fin qui era giudicata nei suoi stadii avanzati come quasi incurabile.

Nota *. Alla statistica da me raccolta devono essere aggiunti i seguenti sei casi, che vennero a mia conoscenza troppo tardi per poter essere inseriti nel prospetto statistico e presi in considerazione nello spoglio dei risultati:

Esito remoto dell'operazione		Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime	Osservazioni
ata Notizie	Notizie		
—	La paziente può camminare.	2 mesi.	Da comunic. epitol. dell' O. Gelpke (ottobre 1894). Il dott. Gelpke attribuisce l' insuccesso anche all'età troppo inoltrata dell' operata.
—	Attualmente è nuovamente in cattive condizioni; la donna si nutre malamente per la miseria in cui versa.	Oltre 3 anni.	
--	Lento ritorno delle sofferenze.	Parecchi mesi.	Comunicaz. epistol. dell'A.
ano 1894	Dolori nella maggior parte delle ossa. Limitata attitudine a camminare con due bastoni.	3 anni.	
—	I dolori sono ancora persistenti ed intensi, come avanti l'operazione: essi hanno resistito a cure medicamentose e balneari, istituite dal medico locale.	Oltre 1 anno.	Ovaie normali.
—	La donna, come da notizie ulteriori si venne a sapere, è contentissima del suo stato di salute e guarita completamente dei dolori.	Oltre 1 anno.	Ovaie normali.
—	Il miglioramento progredisce: la donna può camminare anche una mezz' ora senza bastone.	—	Comunicaz. epistol. dell'A.
Fine ubre 1894	Cessati i dolori. La deambulazione è resa possibile. Non amenorrea.	3 mesi e mezzo.	—

Se si vogliono ora utilizzare questi nuovi casi per rinnovare il calcolo della proporzione degli esiti incompleti o mancati rispetto ai successi definitivi, devonsi escludere quelli di Gelpke e di Acconci perchè l'operazione è di data troppo recente. Debbo anche far conoscere che il prof. v. Velits di Presburgo con sua lettera 2 novembre mi pregava di rettificare le notizie già fornitemi della sua casistica nel senso che la paziente operata il 4 giugno 1893 (n. 80 del mio prospetto), e che si diceva non perfettamente guarita, riveduta di questi giorni apparve invece in istato di completa guarigione, tantochè fu forza persuadersi che la paziente cercava sfruttare, inviando notizie false, la compassione di chi interessavasi ai suoi destini. Per tal modo rettificando questo caso ed aggiungendo agli antecedenti i quattro nuovi casi raccolti, si ottiene il seguente riassunto:

Guarigioni complete	Casi 36	Semplice miglioramento	Casi 3
» quasi complete . . .	» 4	Recidive persistenti :	» 5
» consecutive a recidiva	» 3	Insuccesso completo	» 1
	43		9

Da cui risulterebbe che le guarigioni incomplete o mancate rappresentano il 20 0[0 dei casi, quando questi siano presi in esame ad un anno almeno di distanza dall'atto operativo: proporzione questa che, se è pur sempre inferiore a quella messa in rilievo dal Winckel, non manca di farci desiderare un ulteriore perfezionamento al metodo curativo, come potrebbe verosimilmente essere dato dall'aggiungere alla castrazione ovarica anche quella uterina.

Nota **. Ai primi novembre di quest'anno ebbi occasione di vedere all'Ospedale Mauriziano di Torino una osteomalacica operata dal prof. Carle di quella Università di ovaro-isterectomia totale per via addominale. I dolori ossei nella convalescente erano completamente cessati. L'isterectomia, impraticabile per via vaginale stante l'angustia del bacino, era riuscita, a quanto mi riferì l'esimio chirurgo, molto laboriosa, stante la lacerabilità estrema dei tessuti, sia all'utero sia alle sue dipendenze, che erano in preda ad una vera *macies*, affatto analoga a quella descritta da v. Velits, e da Thorn.

SULLA CURA DELLA ECLAMPSIA

Firenze, 20 ottobre 1894.

Ill.mo prof. Mangiagalli,

Nel fascicolo 9 degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* a pag. 622, ho trovato accennato a qualcosa da me detto all'ultimo Congresso Internazionale, nella discussione sull' eclampsia, a proposito della cura di questa malattia, dopo la splendida relazione fatta dal prof. Tibone.

Siccome o non fui inteso, o mi spiegai male, trovando registrato proprio il contrario di quanto dissi o intesi dire, prego la S. V. a voler dar posto a questa mia rettificazione dove ho svolto le mie idee un pochino più ampiamente, di quanto la tirannia del tempo concesso non lo permettesse al Congresso.

Sulla cura di questa gravissima complicazione della gravidanza, del parto e del puerperio, avevo già avuta occasione di manifestare alcune mie convinzioni, colla scorta di varii fatti clinici, in una seduta dell'Accademia medico-fisica di Firenze, il 22 gennaio 1894. I casi da me riferiti in numero di 9, per verità, erano troppo pochi da poterne trarre delle regole, ma erano tali da desumerne qualche conseguenza pratica, se non altro, come contributo alla terapeutica della eclampsia puerperale, o eclampside che dir si voglia, circa alla quale non esiste accordo tra gli ostetrici.

Nel mio modesto esercizio, fra le teorie troppo conservatrici riassunte dallo Charpentier, il quale propugna le cure mediche facendone elemento principale la dieta lattea, per dar mano a mezzi chirurgici soltanto nei casi estremi e con prudenza ecccessiva, e fra quelle del Dührsen che risolutamente sostiene la necessità del pronto intervento, ricorrendo alle operazioni più ardite, cercai di mantenermi in una via intermedia, o più vicina ai mezzi chirurgici.

L'indugiare a liberare la madre dalla gravidanza, mettendola al rischio di una condizione morbosa di tanto pericolo per la vita sua e per quella del nascituro, mi apparve sempre opera colposa.

Quindi fu mia precipua cura, prima, di sospendere o modificare al più presto gli accessi convulsivi coi mezzi medici da me ritenuti più idonei, per subito dopo provocare il parto, sollecitandolo e completandolo poi coi mezzi violenti ordinarii sia manuali che strumentali.

Per conseguire il primo intento mi valsi qualche volta come vidi spesso usare e usai io pure nella clinica ostetrica di Firenze, quando ero assistente del prof. Chiara, delle iniezioni sottocutanee di Morfina. *Ma notai che con questo farmaco, benchè utilissimo, gli attacchi di eclampsia si attenuano gradatamente non si sospendono tanto presto.*

Non ricorsi mai alle deplezioni sanguigne ritenendole poco efficaci. Quando fu possibile la somministrazione di qualche drastico potente e di sollecito effetto, come l'elixir Le Roy, l'acqua amara ecc., vi ricorsi volentieri. *Ma appena insorte le convulsioni eclampsiche, mi convinsi essere rimedio sovrano la immediata cloroformizzazione.* I timori e le esitazioni di molti colleghi per questa cura mi apparvero assolutamente ingiustificati, non solo per la tolleranza che le gravide in genere hanno per il cloroformio, ma anche perchè nei casi più disgraziati e colle cloroformizzazioni più prolungate, usando cloroformio di buona qualità, non ebbi mai a lamentare inconveniente alcuno, compreso i facili e frequenti disturbi gastrici. Coll'uso di questo prezioso farmaco ottenni sempre la immediata sopressione degli attacchi convulsivi. E quando incominciai a valermi di clisteri cloralici spinti fino allle più alte dosi della medicina, come sarebbe 20 grammi in 24 ore, per mantenere la ipnosi prodotta dal cloroformio, i risultati furono ottimi.

Il cloralio già usato con molta prudenza per curare la eclampsia fino dal 1869, sia dal Saint Germain, sia dal Buckard o dal Lecacheur, evidentemente completa l'azione del cloroformio: non perchè come riteneva il Liebreich il cloralio introdotto nell'organismo in presenza degli alcali si sdoppi in cloroformio e acido formico, ma perchè, come ha dimostrato il Külz con esperimenti concludenti, si ha un altro sdoppiamento, colla formazione non di cloroformio, ma di alcool tricloroetilglicuronico che ha proprietà ipnotiche un poco meno intense, ma sufficenti e molto meno dannose. Al cloralio si potrà benissimo sostituire, come farò quando mi

si presenti l'occasione, secondo il consiglio del prof. Bufalini di Firenze, la paraldeide, perchè in questi casi avrebbe la stessa azione con maggiore innocuità.

Quando travaglio di parto non esisteva, ne ho fatto la provocazione col metodo Krause. Quando invece la donna era in soprapparto, ho sollecitato la espulsione del feto con incisioni dell'orificio uterino e coll'applicazione del forcipe: e avrei ricorso anche all'embriotomia, se si fosse presentata l'occasione.

I risultati da me ottenuti in riassunto furono i seguenti: morirono due donne, una delle quali fu soccorsa soltanto già agonizzante, e l'altra, assistita da me solamente alcune ore al principio della malattia, morì in seguito a una operazione fatta da un collega di campagna. Le altre 7, benchè prese in cura in condizioni gravissime, sopravvissero. Una fu curata appena dopo il parto; due partorirono spontaneamente nel più profondo sonno cloroformico e cloralico senza sofferenza alcuna e del tutto incoscienti. Il parto fu provocato artificialmente in cinque; e in cinque fu terminato strumentalmente. Vi fu un sol caso di setticemia in puerperio evidentemente già inoculata in travaglio prima dell'atto operativo. Nacquero morti quattro feti. I rimanenti cinque sopravvissero in buone condizioni.

Mi perdoni il disturbo di questa mia non breve rettificazione, e mi creda sempre

Suo devotiss.
Dott. Gino Gelli.

RASSEGNA

RONCAGLIA. — **Grave emorragia interna per distacco di placenta normalmente inserita in donna da 15 anni sifilitica.** — *Rassegna di scienze mediche,* ottobre 1893.

Dopo alcuni accenni alla eredità sifilitica, passa a narrare di una donna di 22 anni, sifilizzata a 7 anni di età, e quindi non fecondata, e maritata da 4 anni ad uomo sanissimo, poichè essa da tempo non aveva più dato manifestazioni di sifilide, essendo stata debitamente curata.

Una prima gravidanza nel 1889 andò al suo termine, ed il puerperio fu morboso per setticoemia da ritenzione di resti placentari. La 2.ª s'interruppe a tre mesi. La 3.ª fu portata a termine, essendosi fatta la cura specifica durante il suo corso. La 4.ª ed ultima fu normale fino al sesto mese, in cui la donna fu colta da sintomi di emorragia interna, efficacemente descritta dall'A., il quale potè presenziare il parto che fu spontaneo, podalico, e non seguito da alcuna emorragia. Il feto di gr. 995, lungo 34 cent., morto ma non macerato, mostrò negativa ogni ricerca di sifilitico contagio. Descrive altresì le particolarità inerenti alla placenta, interessantissime.

L'eredità sifilitica verificasi nel feto in tre modi: 1.° colla trasmissione della sifilide in natura — 2.° colla morte od espulsione prematura del feto — 3.° colla morte per affezioni diverse derivanti dalla infezione fetale.

Il caso dell'A. ripete il 2.° di questi tre modi. Nell'intervallo fra 10 e 15 anni dalla infezione 4 feti sono morti in causa di questa, il che conferma quanto sia grave la influenza sifilitica materna.

Seguono poscia alcune considerazioni sull'intervallo decorso fra la sifilizzazione e l'accidente del distacco, ed altre di indole anatomo-patologica sulla sifilide placentare.

Nell'ultima parte dél lavoro l'A. considera il caso dal lato ostetrico. Di solito il distacco suole avvenire durante il parto, ed esaminando le contrazioni uterine, crede che a placenta sana di rado debba avvenire il distacco in gravidanza. L'emorragia può essere esterna, interna o mista, a seconda delle circostanze.

La diagnosi generalmente è facile pel complesso della sindrome fenomenica,

il pronostico grave, l'intervento vario. Infido e talora nocivo il tamponamento. Nei casi poi di emorragia interna, non si deve procedere con soverchia fretta, ma stabilire se l'emorragia è in atto od è cessata, nel qual caso la cura aspettante è la migliore. In quanto alla rottura precoce del sacco, la considera con Sänger un'arma a doppio taglio. Nei casi poi in cui l'emorragia continuasse, se la dilatazione è cominciata, devesi accelerare coi sacchetti di Barnes. Alcuni autorizzerebbero a praticare il parto forzato; Kaltenbach preconizza il taglio cesareo.

DECIO.

QUÉNU. — **Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre.** Comunication faite à la société de chirurgie, 20 décembre 1893. — *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier 1894.

L'oratore esordisce ricordando due casi di fresco resi noti da Lejars in grembo della stessa società, il quale concludeva che in donna già entrata nella menopausa, od assai prossima, un prolasso completo incoercibile deve esser trattato colla isterectomia vaginale; ed allo scopo di evitare un persistente prolasso della vagina, proponeva di unire alla ablazione dell'utero una generosa colporafia laterale.

Martin e Kaltenbach nel 1880 dissero aver praticato per primi tale operazione, ma già l'aveva posta in atto Langenbech nel 1813, e Gobhardt nel 1836, Jurgensen nel 1838, Edvards nel 1864, ecc., ecc. Dopo il 1880 le osservazioni si sono moltiplicate: fra i molti stranieri l'A. cita anche il caso dell'italiano Negretto — il qual caso non è l'unico eseguito in Italia e tanto meno il primo.

Esamina le opinioni emesse circa l'indicazione di tale operazione, e ricorda i confronti già istituiti colle operazioni conservatrici per eccellenza. L'A. per suo conto difende la isterectomia vaginale applicata in *certe condizioni, in certi casi ed eseguita in una certa maniera.* Crede che possa benissimo eseguirsi su donna entrata nella menopausa, e nella quale l'utero ha finito il suo scopo. Specialmente laddove il pessario riesce impotente od è mal tollerato, inoltre l'A. è d'avviso che presso talune donne nè la vagina nè il perineo sono suscettibili di una ristaurazione efficace. Nelle giovani in cui è possibile ancora la gravidanza preferirebbe l'isteropexi addominale. L'A. è d'avviso che la isterectomia per prolasso sia di esecuzione assai semplice (!?). Segue la esposizione delle 6 osservazioni. Tutti i casi datavano da tempo, avevano per lo più originato disuria meccanica, dolori, stiramenti lombari, disturbi gastrici, vomito, solo in un caso eravi manifesta atrofia dell'utero. La isterectomia fu spesso associata a colporafie complementari. I risultati sono rimasti perfetti 2, 5, 8 10 e 12 mesi dopo l'atto ope-

rativo. Crede che sia della massima importanza il fissare i peduncoli dei ligamenti larghi alla vagina, per la successiva retrazione della vagina stessa, che assicurerà non si recidivi il prolasso, e per ciò crede in siffatte isterectomie non si debba ricorrere alla forcipressura. Per maggiore garanzia l'A. affronta i due peduncoli in modo da costituire come un tramezzo destinato a sostenere le anse intestinali, indi fa la sutura vaginale. Così la vagina dovrà seguire la retrazione dei peduncoli e portarsi in alto.

DECIO.

QUÉNU. — **L'hystérectomie vaginale dans la chute de l'utérus.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, février 1894.

L'A. si compiace che colla sua antecedente comunicazione potè far sì che molti operatori citarono i loro casi, di modo che le operazioni fatte in Francia salgono complessivamente alla cifra di 48. Indi protesta altamente contro una idea di generalizzazione, che egli crede non abbia mai germogliato in alcun cervello.

Difende l'isterectomia vaginale nei prolassi dell'utero in donne già entrate nella menopausa cogli argomenti già addottati e figuranti quali conclusioni della sua 1.ª comunicazione. Ammette che talora s' incontri difficoltà nel distacco della vescica, ma riguardo agli accidenti emorragici dice che possono essere evitati seguendo il suo processo operatorio, e poichè una isterectomia per prolasso non deve rassomigliare ad una isterectomia ordinaria, è contrario alla forcipressura.

Difende altresì l' affrontamento dei peduncoli dei legamenti larghi da lui inventato, e criticato da Reclus come illusorio, e da Richelot e Segond come inutile.

DECIO.

HARTMANN et BOUCHET. — **L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus.** — *Ann. de Gyn. et Obst.*, janvier 1894.

Gli A. esposte due osservazioni appartenenti a 2 donne operate all' Ospedale Bichat, e nelle quali l'esito non corrispose appieno alle speranze concepite, offrono un quadro di ben 55 osservazioni appartenenti a statistiche straniere.

Dal detto quadro si può vedere: 1.° che l'isterectomia per prolasso non è così facile come a tutta prima potrebbe sembrare, specialmente pel distacco della vescica; 2.° cinque decessi: 2 per peritonite, 1 per pielo-nefrite, 1 per colasso, 1 per paralisi cardiaca. In un caso insorse mania post-operatoria tuttora persistente, e varie emorragie gravi; 3.° la necessità di aggiungere all'ablazione dell'utero delle operazioni plastiche.

Ricordano in seguito a grandi linee i vari processi operatori: isterectomia vaginale colle legature, con chiusura o meno del peritoneo; isterectomia vaginale alla Fritsch con vasta resezione del fondo della vagina. Il lavoro termina con uno sguardo alle indicazioni e controindicazioni dell'atto operativo.

DECIO.

THIÉRY. — **Grossesse tubaire. Laparotomie.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, février 1894.

È una lezione di Tillaux. Trattavasi di donna di 30 anni che IIIpara aveva visto le sue purghe ritornare dopo 2 mesi dall'ultimo parto (7 mesi fa) ma accompagnate da dolori alla zona peri-uterina che persistettero poi. Passato alcun tempo in cui erasi osservata sospensione mestruale di 6 settimane, venne in iscena il complesso dei sintomi dell'aborto, ma al medico non fu dato di trovare l'embrione. Quando fu accolta in clinica fu riscontrato un tumore nel cul di sacco di sinistra aderente all'utero. Più tardi la lesione fu riscontrata bilaterale, e la donna acconsentendo ad un atto operativo, questo fu intrapreso. Laparotomia nella posizione di Trendelenburg.

L'operatore trovò un ematosalpinge sinistro, in luogo di una affezione flogistica bilaterale degli annessi, e bene ricercando potè essere stabilita la diagnosi di gravidanza tubarica con riassorbimento dell'embrione. L'oratore dopo di aver accennato brevemente alla rottura delle trombe, ed alla patogenesi dell'ematocele e sua eziologia, conclude che, volta che siasi posato il diagnostico di gravidanza tubarica bisogna sempre intervenire nel più breve tempo possibile, nell'interesse della paziente.

DECIO.

ZUCCARO GIUSEPPE. — **Appunti clinici sulla osteomalacia.** — Dal Giornale la *Puglia Medica*, dicembre 1893.

Ricordate le teorie di Bouchard e di Fehling sulla genesi della osteomalacia, passa ad esaminare la recente teoria emessa dal Petrone, secondo il quale la osteomalacia sarebbe dovuta a speciale microrganismo che si troverebbe nel fermento nitrico. Nelle orine delle osteomalaciche si noterebbe la presenza dei sali dell'acido nitroso, conseguenza di un processo di nitrificazione, che si compie nell'organismo sotto l'azione di un *microrganismo specifico dei nitrati* o *fermento nitroso*. Il Petrone avrebbe altresì trovato degli elementi cellulari specifici. Dato ciò egli riconosce nel cloroformio e ne' suoi derivati ed affini chimici la capacità di distrug-

gere la vitalità del fermento nitrico, apportando la guarigione. In base di ciò egli crede che nelle donne sottoposte ad atti operativi, non questi, ma bensì il cloroformio dato per la anestesia sia stato l'agente della guarigione. Una donna curata con 2 grammi di cloralio al giorno sarebbe guarita in breve tempo.

L'A. espone quindi la dettagliata storia di un proprio caso. Dalle ricerche istituite sulle orine trovò incostante nella loro quantità i nitriti, e talora mancanti se ricercati in orina di fresco emessa. Esperienze di controllo persuasero all'A. doversi la presenza dei nitrati ad una pura decomposizione delle orine, il che avviene anche in orine normali. L'A. fece inalare il cloroformio alla sua malata, amministrò alla medesima il cloralio, ma non ebbe alcun giovamento. Afferma poi che il caso descritto era un caso indiscutibile di osteomalacia inveterata e grave.

DECIO.

MANDRY. — **Ueber den diagnostischen Werth der Urobilinurie für die Gynäkologie** *(Sul valore diagnostico dell'urobilinuria in Ginecologia).* — *Archiv. f. Gyn.*, XLV Band., III Heft., S. 446-453.

Già il Dick (1) nel 1884 avvertiva come l'urobilinuria fornisce al ginecologo un mezzo diagnostico di notevole importanza rispetto ai versamenti emorragici tanto intra che extraperitoneali; e lo Jaksch (2) nel 1887 confermava l'asserto di Dick.

L'A. fondò le sue ricerche sull'analisi spettroscopica e su quella chimica, consistente nell'uso dell'ammoniaca e del cloruro di zinco: com'è ben noto, quando urobilina esiste nell'orina, questa acquista, per l'aggiunta di tali reattivi, una bella fluorescenza verde. Però, a parere dell'A. che controllò il valore di tale ricerca mediante lo spettroscopio, il reperto deve ritenersi positivo solo quando la fluorescenza verde è ben marcata.

Ricercò dapprima nell'orina delle *puerpere,* e venne alla conclusione che le puerpere sane non offrono urobilina neppure nei primi giorni dopo il parto e quelle colpite da gravi lesioni solo eccezionalmente.

Sperimentò poi in donne *operate* e trovò che in seguito ad operazioni interessanti solo la vagina e il perineo, non che in seguito alla semplice castrazione, non si ha di solito urobilinuria, che compare invece, e dura alcuni giorni, in seguito a gravi operazioni laparotomiche.

Non trovò urobilinuria neppure in 7 casi di *ematoma periuterino* ed *ematocele,*

---

(1) DICK. « Ueber den diag. Wert der Urobilinurie für die Gyniäcologie. » *Arch. f. Gyn.*, XIII, 1884.

(2) V. JAKSCH. « Klinische Diagnostik innerer Krankheiten. » 1887, S. 249. – Vedi inoltre: GRIMM. « Ueber Urobilin im Harne. » *Virchovv's Archiv*, 132 B., II H.

studiati presso a poco al principio della seconda settimana di malattia. L'A. lamenta di non aver potuto istituire ricerche su casi recenti; nota però che la ricerca dell'urobilina in questi casi è di poco interesse clinico, e spesso anche è resa inutile dalla coesistenza della febbre, che, come è noto, è già per sè causa di urobilinuria.

Dott. L. Villa.

D.r L. PICK. — **Ueber Sarcome des Uterus und der Vagina im Kindesalter und das primäre Scheidesarcom der Erwachsenen** *(Sul sarcoma dell' utero e della vagina nell'età infantile, e sul sarcoma primitivo della vagina nelle adulte).* — *Arch. f. Gyn.,* XLVI B., H. II, S. 191-256.

Dopo che Cohnheim espose la sua dottrina sull'eziologia dei tumori in genere, lo studio dei *tumori congeniti* acquistò speciale importanza, emergendo da esso le prove più eloquenti a conferma di tale dottrina. Ma, appunto per ciò, si volle in molti casi dare al vocabolo *congenito* un'estensione assai maggiore di quella che gli conviene, ed Ahlfeld, ad esempio, arrivò a descrivere come tumore congenito un sarcoma vaginale di una ragazza di 15 anni. L'A. vorrebbe quindi, giustamente, limitare l'uso di tale aggettivo ai tumori che veramente come tali si riconobbero nel neonato, pur non negando che anche per altre neoplasie riconosciute solo nell'età infantile, o anche più tardi, si possa nei singoli casi, dimostrare una origine da germi embrionali.

Viceversa, i tumori maligni dell'età infantile furono ancora poco studiati in quanto riguarda la loro diagnosi, il loro decorso, la terapia: per ciò l'A. credette utile riferire intorno a un caso da lui osservato nella clinica di Landau, corredandolo di osservazioni e di raffronti coi casi degli altri autori: e veramente dobbiamo riconoscere che Pick condusse il suo studio con molta diligenza e accuratezza.

Si tratta di una bambina, dapprima fiorente, la quale all'età di 2 anni incominciò alquanto a deperire, a gridar sovente accennando colle mani alla regione ipogastrica, a perdere dalla vagina, durante le grida e i premiti per urinare, lembi di tessuto sanguinolenti. Con poche vicende perdurò questo stato di cose, fino a che la bambina venne alla clinica del Landau.

Stato presente. — Condizioni generali abbastanza buone: in corrispondenza dei quadranti inferiori dell'addome si palpa una tumescenza rotondeggiante, allargantesi all'ipogastrio in una massa diffusa coi caratteri tattili di un essudato lapideo: dalla vagina fuoresce un polipo gangrenoso, di colorito sporco, fetente. All'esplorazione si avvertono le pareti vaginali in generale abbastanza liscie, eccezion fatta di alcune poche vegetazioni di grandezza varia fra quella di un pisello a quella di un fagiolo, inserte specialmente alla parete anteriore; ed il peduncolo del polipo continuantesi in alto col *fornice* e colla *portio,* in corrispon-

denza dei quali si nota, in continuazione colla prima, un'altra massa neoplastica, molle, grossa come una prugna, in forma di grappolo e qua e là di cespuglio. All'esame bimanuale non si possono individualizzare i diversi organi pelvici, causa la massa neoplastica già avvertita alla palpazione esterna e che sembra riempire tutto il piccolo bacino.

Diagnosi. — Sarcoma a grappolo dell'utero e della vagina, con estese metastasi.

Decorso. — Lo stato generale della bambina si mantenne buono per 4 settimane: poi incominciò vomito ostinato; il ventre si fece teso, duro, dolente alla palpazione: ripresero i disturbi del mingere e le perdite sanguinolenti e putride della vagina: nessun disturbo nella defecazione: febbre quotidiana: la morte avvenne per esaurimento generale.

Reperto necroscopico. — Ecco, per sommi capi, i fatti più importanti:

Vescica aderente alle pareti addominali, distesa fino al bellico: diaframma spinto all'altezza della 3.ª costa, tanto a destra che a sinistra. Peritoneo cambiato in una membrana di $^1/_2$ centimetro circa di spessore: briglie e aderenze vaste di tutti i visceri fra di loro e di essi colla massa neoplastica, fornita dal corpo uterino assai ingrossato. Nessuna traccia di pus. Nel lume vaginale il tumore già notato all'esame clinico; grosso come un uovo di pollo, molle, fetido, in parte gangrenato, coperto da uno strato di pus: ha forma di grappolo e di cespuglio, e presenta qua e là appendici di varia lunghezza: ha consistenza un poco maggiore verso la base, che si inserisce a un centrimetro di distanza dall'orificio uterino esterno. Le pareti vaginali sono in generale ispessite e munite, specialmente a destra, di vegetazioni papilliformi. Setto vescico-vaginale solo leggermente ispessito; ai due lati della vagina un tessuto bianco, duro, continuantesi nei parametri enormemente ingrossati per infiltrazione neoplastica: il destro ha uno spessore di circa 6 cm. Le ghiandole linfatiche del bacino o sono conglobate col tumore o appaiono ingrossate come ciliege, bianche e molli. *Setto retto-vaginale assolutamente intatto.*

La cavità uterina ha forma di clessidra: quella del corpo, rotonda, ha un diametro di 4 cm.; quella cervicale, campaniforme, una lunghezza di 2 cm. $^1/_2$: in corrispondenza dell'orificio uterino interno l'organo misura, dall'avanti all'indietro, più di 6 cm.: la mucosa cervicale è arrossata, echimotica, spalmata di pus; quella del corpo offre vaste ulcerazioni frammiste a zone iperemiche ed emorragiche. La tonaca muscolare è molle, arrossata, tutta invasa dal tessuto neoplastico continuantesi, ai lati, con quello dei parametri.

Fu fatto l'esame istologico: di alcuni acini del tumore staccati col dito durante l'esame clinico: della parte basale di esso, la meglio conservata: del tessuto del collo e del corpo: delle vegetazioni polipoidi della vagina, delle pareti vaginali, delle masse neoplastiche dei parametrii, delle tube, delle ghiandole linfatiche, della vescica, dell'uretra, delle aderenze peritoneali, dei diversi organi toracici e addominali.

I reperti si possono ritenere compendiati in quelli offerti dall'esame degli acini neoplastici esportati nel vivo. In uno stroma connettivale più o meno evidente, a seconda delle località, sono sparse innumerevoli cellule del volume press'a poco dei globuli bianchi, di forma allungata, alle volte ramificate: protoplasma chiaro, nucleo allungato; formano quasi un reticolo nelle cui maglie giacciono altri elementi rotondeggianti. Alla periferia degli acini un epitelio con caratteri svariati, ma tale da lasciare ancora riconoscere la primitiva costituzione cilindrica; esso

invia anche propaggini in grembo al tessuto neoplastico dove è dato ancora rintracciare residui di ghiandole uterine. Fra l'epitelio e il tumore propriamente detto una spiccata zona leucocitaria. Numerosi vasi sanguigni, numerosi linfatici, circondati questi ultimi assai spesso da una zona chiara (edematosa). Piccoli focolai emorragici negli strati sottoepiteliari, e qua e là vaste zone necrotiche.

Riguardo speciale merita il reperto, più frequente nella zona subepiteliare, di cellule giganti a molti nuclei ovali (cellule di Langhans), alle volte direttamente circondate dagli elementi del tumore, alle volte innicchiate in un cappuccio endoteliale.

Numerosi trombi jalini: sfere jaline nelle pareti vasali, trombi di microrganismi (micrococcus amylobacter) (?).

Nessuna lesione degna di nota negli organi interni.

Epicrisi. — Sarcoma a grappolo (Traubensarcome) primitivo del collo-uterino, con larghe metastasi, istologicamente costituito da cellule fusate.

Tale diagnosi, come dimostra l'A. nelle molte pagine che seguono la sua descrizione anatomica, ne dà una spiegazione di tutti i sintomi clinici del caso. Raffrontandolo poi con quello di Ganghofner (carcinoma midollare del collo), di Rasenstein (carcinosarcoma, giustamente interpretato da Pick e altri come un vero sarcoma), quello di Smith (sarcoma a grappolo, da ritenersi primitivo della vagina), l'A. fa rilevare come il suo rappresenta l'unico caso di *sarcoma a grappolo primitivo del collo uterino* in una bambina, mentre sino a qui i sarcomi a grappolo nelle bambine erano da ritenersi esclusivamente primitivi della vagina. Noi dovremmo però, a mio vedere, domandarci ancora se i dati su cui l'A. fonda la sua asserzione (rivestimento epiteliare cilindrico degli acini neoplastici-residui in essi delle ghiandole uterine), si debbano proprio ritenere decisivi o non vi sia adito a dubitare ch' essi possano sussistere anche nel caso di *produzioni uterine secondarie.*

La lunga discussione che l'A. fa seguire alla sua storia ha per iscopo precipuo di delineare in forma generale il quadro clinico ed anatomico del processo da lui studiato e di raffrontare il proprio caso con quelli già raccolti nella letteratura, per stabilire le differenze che intercedono fra il sarcoma vaginale delle bambine e quello delle adulte. Quanto al primo punto è inutile cercare di riassumere perchè sintomi e dati anatomici furono già compendiati nella relazione del caso speciale. Quanto al secondo punto, prendendo anzi tutto in considerazione la struttura istologica del tumore in discorso e delle sue metastasi, è notevole come alcuni (specialmente il Koliskò) abbiano affermato che un carattere differenziale proprio dell' età infantile rispetto all' adulta sia la presenza di fibre muscolari striate *(tumori congeniti nel senso proprio della parola, dottrina dell' inclusione dei germi).*

Ma se da un punto di vista puramente teorico tale affermazione è importante e può ritenersi corrispondente al vero, difficilmente essa può ricevere una

conferma nel campo pratico, perchè il numero delle fibre muscolari striate accolte anche in grandi masse neoplastiche è molto esiguo, e la loro dimostrazione esige nna lunghissima ricerca mediante sezioni in serie.

Altri caratteri più facilmente riscontrabili sarebbero i seguenti:

1.° I sarcomi vaginali delle bambine hanno notevole predilezione per la parete vaginale anteriore: quelli delle adulte originano indifferentemente da qualunque parete del canale, però, con certa maggiore frequenza, dal terzo inferiore di esso.

2.° Nelle bambine è prevalente la forma polipoide e a grappolo: nelle donne quella nodosa e la forma estesa in superficie.

3.° Nelle bambine, e pei rapporti intimi del tumore cogli organi pelvico-addominali, e per vera metastasi, si hanno larghe disseminazioni secondarie, accompagnate da processi infiammatori multipli (cistite, pielonefrite, peritonite, ecc.), invece nelle adulte una tale tendenza al propagarsi è minima: solo eccezionalmente si è notato in esse la complicazione di una fistola retto-vaginale: assai raramente le donne vengono a morte con metastasi polmonari. Predominano in esse gli accidenti locali (emorragie, ulcerazioni del tumore, infezioni locali con assorbimento di prodotti tossici, febbre settica).

4.° Nelle bambine i tumori appaiono primitivamente multipli: però qui non si potrebbe escludere una rapida metastasi sin dall'inizio.

5.° La gravidanza influisce sui sarcomi vaginali delle adulte, dando ad essi un'insolita capacità alla metastasi, per l'attivato circolo della piccola pelvi.

Dott. L. Villa.

D.r HEINRICH LUDWIG. — **Ueber Veränderungen der Frauenmilch und des Colostrums bei Krankheiten der Wöchnerinnen** *(Sulle alterazioni del latte e del colostro nelle malattie delle puerpere)*. — *Arch. f. Gyn.*, XLVI Bd., II H., S. 342-358.

È noto che già in condizioni fisiologiche il latte delle puerpere offre certe variazioni di composizione che è necessario aver presenti quando si vogliono studiare le variazioni patologiche.

Così riguardo all'*età*, Vernois e Becquerel (1), Pfeiffer (2) hanno dimostrato che il latte della donna dai 20 ai 30 anni (il periodo più opportuno all'allattamento)

---

(1) Vernois et Becquerel. « Du lait chez la femme dans l'état de la santé a dans l'état de maladie. » *Ann. d'yg.*, 97.

(2) Peiffer. *Jahrb. f. Kinderheilk*, 20-359.

contiene un poco meno di albumina, di zuccaro e di sali e maggiore proporzione, invece, di grasso, che non il latte di donne dai 30 ai 40 anni.

Le *pluripare* danno un latte più povero di grasso che non le *primipare,* ma ne danno in maggior copia di queste.

Donne che allattarono producono più latte di *quelle che non allattarono* e più ricco di contenuto albuminoide, invece queste danno un latte più somigliante al colostro, specialmente pel molto maggior contenuto di grasso.

Più si allontana l'*epoca del parto* e più diminuisce nelle puerpere la quantità di albuminoidi e di sali contenuti nel latte, mentre aumentano gli zuccari fino al 3.°, 4.° mese.

Rendendo la *nutrizione* più abbondante si *aumenta rapidamente* la quantità del grasso e *lentamente* anche quelle degli altri componenti del latte (1): il grasso aumenta pure in seguito a somministrazione di *alcool* (2) (3).

Per tutto ciò l'A. ha mantenuto, per quanto gli fu possibile, costante il genere e la quantità dell'alimentazione nelle donne che servirono al suo studio, non che l'epoca del parto, in cui raccolse il latte per l'esame: diede inoltre conto dell'età e del numero dei parti precessi.

I suoi risultati sono i seguenti:

1.° In ogni caso di *tubercolosi* nelle puerpere (nelle quali, in generale, ha luogo la produzione del latte), *è molto aumentato il contenuto grasso di esso.* Gli altri componenti non offrono variazioni degne di nota.

2.° Nell'*albuminuria* delle puerpere, segnatamente nei casi di gravi perdite albuminoidi per la via dei reni, ma anche in seguito a perdite lievi quando contemporaneamente sia deficiente la nutrizione, il contenuto albuminoide del latte è evidentemente diminuito. È pure in leggera diminuzione la quantità degli zuccari.

3.° Nei casi di *anemia grave,* causata da *grandi emorragie durante il parto,* il latte delle puerpere è più povero in materiali solidi, in grassi ed in zuccari.

4.° Nelle *febbri elevate* diminuisce costantemente la quantità dei materiali solidi e del grasso. Gli zuccari e gli albuminoidi vi si trovano in proporzioni variabili.

5.° Il latte di donne *sifilitiche* è più povero, rispetto alla norma, di materiali solidi, di grassi e di zuccari: gli albuminoidi sono in quantità variabile.

Dott. L. Villa.

---

(1) Decaisne. Compt. rend. LXXIII. pag. 119.

(2) Stumpf. *Arch. f. klin. Med.,* XXX, pag. 201.

(3) Zaleski. *Berl. klin. Wosch.,* 1888. 4. — Vedi ancora per la tecnica e i processi clinici dell'esame: Mendes de Leon. Inaug. Dissert. München, 1881. — E. Ludovig. *Medictn. Chemie,* pag. 128. — Frams. *Arch. f. Gyn.,* VII, 137. — Hammerschlag. *Zeitsch. f. clin. Med.,* XXI, 475.

D.r R. KLIEN. — **Lymphangioendothelioma cavernosum haemorrhagicum** *(Contributo alla casuistica dei tumori primitivi della vagina).* — *Arch. f. Gyn.*, vol. 46, fasc. II, pag. 292, con 1 tav. e 3 figure.

Le ricerche istologiche dell'A. si riferiscono a due tumori vaginali sviluppatisi nella stessa donna: l'uno, grosso come una piccola mela, aderiva alla parete vaginale sinistra, in corrispondenza dell'unione del suo terzo medio col terzo inferiore: l'altro, del volume di una prugna, partiva dalla parte alta della parete vaginale posteriore. Entrambi erano peduncolati: il primo venne esportato colle pinze di Muzeux, il secondo cadde da sè, probabilmente durante le manipolazioni di un tamponamento.

Sommariamente, risultano entrambi costituiti da un tessuto a rete, le cui maglie, formate da una membrana internamente rivestita da cellule speciali, sono in parte riempite da sangue. Fanno eccezione le maglie più piccole che sono generalmente vuote: esse si trovano di preferenza verso il centro e hanno forma varia dipendente dalla compressione cui vanno soggette, mentre, in prossimità della periferia, ancora tappezzata dall'epitelio vaginale, stanno di preferenza le maglie più ampie, di forma rotondeggiante od ovale. Tra maglia e maglia è distribuito il connettivo in misura assai varia, ricco di vasi sanguigni e di focolai emorragici, però molti alveoli contigui si toccano immediatamente colle loro pareti o sono separati solo da scarse fibrille connettivali. Per tutto ciò noi ci crederemmo innanzi a un comune angioma cavernoso se a tale interpretazione non si opponessero la presenza di alveoli vuoti di sangue, i caratteri degli elementi che tappezzano gli alveoli, la loro derivazione. Si tratta infatti, non delle solite cellule endoteliali appiattite a nucleo fusato, ma di elementi affatto simili agli epiteli cubici, molto grandi (40-50 m.) a protoplasma tenue, finamente reticolato, a nucleo evidentemente provvisto di cromatina. Eppure vanno ritenuti di natura endoteliare, perchè l'A. potè sorprendere forme di passaggio dagli endoteli veri.

Egli pensa quindi che si tratti nel suo caso di una *neoformazione primitiva derivata dai vasi linfatici cui sarebbe seguita secondariamente la degenerazione degli endotelii:* il sangue si troverebbe nel lume degli alveoli per rottura della membrana basale di questi determinata dalla sproporzionata proliferazioue delle cellule cui serve di sostegno.

Istologicamente questa proliferazione estremamente attiva rappresenta già un carattere di malignità, che ebbe già la conferma anche nel campo clinico, perchè, malgrado l'operazione, la malattia recidivò.

Dott. L. Villa.

D.r JOSOF ALBERT AMANN, jr. — **Ueber Ovarialsarcome** *(Sul sarcoma ovarico). — Arch. f. Gyn.,* XLVI Bd., III H., S. 484, con 4 tav. e 8 fig.

Il sarcoma dell' ovaio, generalmente parlando, è raro: ciò afferma anche Virchow. Secondo Schröder e Cohn esso rappresenterebbe l' 1 0[0 dei tumori di quest'organo: Renz ne raccolse nella letteratura 28 casi, Ladouce 40. Eppure, malgrado la rarità dei casi, pochi si curarono di darne esatte descrizioni istologiche; il che costituisce una lacuna tanto più grave, in quanto è talvolta particolarmente difficile nell'ovaio distinguere i carcinomi dai sarcomi che si presentano nella così detta *forma alveolare.*

Secondo l'A., più che nella morfologia cellulare, tale distinzione potrebbe trovare fondamento nella genesi delle cellule neoplastiche degli elementi normali del tessuto, più specialmente da quelli dei vasi sanguigni e linfatici. Egli, dal canto suo, dopo aver descritto clinicamente e anatomicamente cinque casi dei quali ha creduto di poter riferire l'origine alle cellule delle diverse tuniche vasali, propone pei sarcomi ovarici la seguente classificazione:

1.° *Perithelioma.* — Le cellule del tumore deriverebbero da quelle dell' avventizia dei vasi sanguigni *(peritelio* di Eberth). Vi apparterrebbero unicamente due casi dell'A.

2.° *Endothelioma intravasculare.* — Le cellule del tumore deriverebbero dall'endotelio dell' intima dei vasi sanguigni. Vi apparterrebbero 2 casi dell'A., e, secondo lui, anche quello di Ackermann-Olshausen, quello di Eckardt, 2 di Marchand.

3.° *Endothelioma lymphaticum.* — Le cellule del tumore deriverebbero dall'endotelio dei vasi linfatici. Vi apparterrebbero un caso dell'A., e, secondo lui, anche quello di Leopold, uno di Marchand, uno di Flaischer, di Pomorski, di v. Velits.

Come *sottovarietà,* aggiunge:

4.° *Endothelioma perivascolare.* — Le cellule del tumore deriverebbero dall'endotelio delle vie linfatiche che circondano i vasi sanguigni. Vi potrebbe forse appartenere il primo dei casi dell'A., e, secondo lui, anche il caso di Rosthorn.

Dott. L. Villa.

D.r ALBERT MEYER. — **Zur Tuberculose der Cervix uteri** *(Contributo allo studio della tubercolosi della cervice uterina). — Arch. f. Gyn.,* vol. XLV, fasc. III, pag. 564.

I pareri degli Autori intorno alla tubercolosi del collo uterino sono molto vari. Secondo Rokitansky di solito la tubercolosi del corpo si arresta nettamente in cor-

rispondenza del collo: quivi non si darebbe mai una tale malattia *primitiva* ed anche assai di rado vi arriverebbe secondariamente dalla cavità uterina, attraverso l'orificio interno. La *portio vaginalis* non ammalerebbe mai di tubercolosi.

Lebert, malgrado lunghe ricerche, non ha mai trovato tubercoli nel collo uterino.

Secondo Snow Beck, invece, vi si potrebbero benissimo trovare, o sotto l'aspetto di granulazioni affatto superficiali, molto piccole e chiare, oppure sotto quello di erosioni e di piccole ulcerazioni che sembrano derivare dai follicoli, e si raggruppano in piccoli nodetti.

Anche secondo Paulsen la *portio* sarebbe immune.

Kiwisch, invece, asserisce di avervi incontrato chiare note di tubercolosi.

Mosler, in 46 sezioni di donne tubercolotiche trovò 4 volte erosioni tubercolari del collo: risultato simile ebbero Klob ed Hegar.

Ma ciò in cui tutti gli autori concordano si è nell'ammettere che la tubercolosi del collo è sempre *secondaria:* eccezione sicura a tal legge non si aveva fino ad ora se non in un'osservazione di Friedländer: a questa vorrebbe l'A. aggiungerne un'altra propria.

Stava egli studiando microscopicamente un pezzetto di *portio* appartenente a un utero esportato per la via vaginale in seguito a indicazioni puramente sintomatiche, quando gli venne fatto di mettere in rilievo in prossimità del canale cervicale, un nodetto che aveva tutti i caratteri istologici del tubercolo. Non vi rinvenne bacilli di Koch, ma, ciò malgrado, egli fece diagnosi di tubercolosi, perchè il contegno dei vasi sanguigni, tanto rispetto al nodo, quanto rispetto al tessuto circostante, e l'anamnesi accuratissima facevano escludere la gomma sifilitica; i dati macroscopici e microscopici escludevano parimenti che le cellule giganti riscontrate appartenessero, come talvolta accade, a un tessuto di granulazione (Buhl e Jacobsohn).

Non trovando in nessun organo altre alterazioni tubercolari, l'A. crede trattarsi nel suo caso di *tubercolosi primitiva della portio vaginalis.* Però nell'anamnesi troviamo che la donna nel 1879 fu operata di un *lupus* alla guancia destra, il quale poi recidivò, tanto che nel 1889 si dovette nuovamente operare nell'istessa maniera (raschiamento, cauterizzazione). Qui è a deplorare che l'A. faccia confusione di date, perchè in altra parte del suo lavoro fa risalire questa seconda operazione al 1886, e per ciò computa di 6, anzi che di 3 anni il periodo corso fra le ultime manifestazioni della tubercolosi cutanea e l'isterectomia, eseguita nel marzo 1892. Epperò se ha ragione l'A. di ammettere che il tubercolo del collo, coi suoi dati istologici solo inizialmente accennanti a processi regressivi, non poteva datare dal 1886 ed essere quindi in connessione col lupus, altrimenti si deve forse pensare se questo esisteva ancora nel 1889.

Un particolare interessante: una nipote della paziente, che abitava con lei, nell'ottobre del 1892 fu pure operata di un lupus che datava da molto tempo.

Dott. L. Villa.

D.r TULLIO ROSSI DORIA. — **Ueber das Vorhandensein von Protozoën bei der Endometritis chronica glandularis** *(Sulla presenza dei protozoi nella endometrite ghiandolare cronica).* — *Arch. f. Gyn.,* XLII Bd., erstes Heft, S. 1-12.

Due volte era occorso all'A., osservando preparati fatti col prodotto di raschiamenti uterini per endometrite ghiandolare cistica, di vedere, tanto nel *lume delle ghiandole,* quanto *nell'interno delle cellule epiteliali,* dei corpicciuoli rotondi od ovalari, più grossi delle cellule epiteliari medesime, raggiungendo essi un volume da 5 ad 8 volte quello dei globuli rossi. Contenevano un nucleo più piccolo e meno colorabile di quello degli epiteli, nettamente vescicolare, e talvolta anche nucleoli: il loro protoplasma offriva più spesso vacuoli, granulazioni, corpi stranieri (bacteri, globuli rossi, leucociti); però si conservava costante una zona periferica jalina.

In un terzo esame relativo a un caso nel quali era già nettamente sviluppato la forma di *adenocarcinoma,* l'A. trattò semplicemente il tessuto colla soluzione fisiologica di Na Cl., portando il preparato a 34°-36° C. Potè allora riconoscere in quei corpicciuoli *un lento, ma evidente movimento ameboide:* potè perfino assistere all'inglobamento di materiali stranieri a mezzo di pseudopi protrudenti a spese dello strato periferico del parassita *(ectosarca).* Non essendogli riuscito sorprendere forme sporulanti, l'A. dubita che il protozoo si riproduca per scissione.

Quanto ai rapporti fra amebe e processo morboso, è da ricordare che in due dei tre casi studiati, anche usando del semplice esame *batterioscopico* del tessuto, l'A. trovò contemporaneamente in esso anche bacteri. Si offrono quindi varie ipotesi: o amebe e bacteri esercitano un'azione consociata, sia che le prime aprano la via ai secondi, sia che questi offrano a quelle condizioni favorevoli per lo sviluppo: oppure ciascun parassita agisce per conto proprio inducendo peculiari alterazioni anatomiche: oppure gli uni e gli altri sono puramente accidentali o semplici commensali. Però a favore del valore patogeno delle scoperte amebe si trovano nella patologia umana, e più ancora nella comparata, fatti conosciutissimi di vero parassitismo amebico.

Se veramente tali amebe che si innidano entro gli epitelii della mucosa uterina e nel lume delle sue ghiandole sono patogene, si capisce quanta importanza si debba attribuite al *raschiamento,* e come esso debba eseguirsi con estrema cura e insistenza, perchè i parassiti eventualmente rimasti nei fondi ghiandolari potrebbero nuovamente rifiorire. Anzi è molto dubbio se il semplice trattamento meccanico possa in ogni caso essere sufficiente: l'A. propone a tale scopo, per ragioni di affinità inutili a dirsi, le iniezioni uterine di soluzioni di chinina.

Pur avvertendo che l'A. stesso ha rilevato la difficoltà, e alle volte l'assoluta impossibilità di separare nettamente al microscopio i processi semplicemente endometritici ghiandolari dai neoplasmi, non posso a meno di confessare che anche i due casi da lui descritti come casi di endometrite mi sembrano piuttosto, pei dati istologici, per i disegni, per l'esito conosciuto di uno di essi, più corrispondenti al quadro del vero *adeno-carcinoma*, iniziale, se vuolsi, ma già dichiarato. Certo, per affermarlo con sicurezza occorrerebbe conoscere *de visu* i preparati: volli esporre questa mia impressione solo per rilevare come allora i reperti del dottore Doria si collegherebbero per intero con altri simili, e già numerosi, relativi all'inclusione di protozoi molto affini *(coccidi) nelle vere neoplasie* (carcinomi, sarcomi).

Dott. L. Villa.

BIBLIOGRAFIA

Manuel complet des sages-femmes, par le Dr C. FOURNIER, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens. Préface par le prof. Maygrier, accoucheur de la Charité. I: *Anatomie, physiologie et pathologie élémentaire,* 1 vol. in-18 de 300 pages avec 104 figures, cartonné, 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Il dott. Fournier pubblica ora il primo dei quattro volumi tascabili nei quali sarà svolto il programma degli studii richiesti in Francia alle allieve levatrici secondo il decreto che avrà la sua attuazione a datare dal 1.° ottobre 1894. Il secondo volume sarà dedicato al *Parto normale* e all' *Igiene puerperale,* il terzo al *Parto patologico* e alla *Terapeutica puerperale,* il quarto al *Puerperio* e al *Neonato.*

Nel volume che ci sta d'innanzi, redatto con stile chiaro e preciso e illustrato con numerose figure, fatta una descrizione succinta di tutti i tessuti e dei visceri in generale, è dato il necessario sviluppo all' anatomia ostetrica. Anche la parte patologica vi è considerata, limitandosi naturalmente l'autore a dare quelle definizioni e quelle nozioni generali sufficienti perchè la levatrice possa farne utile applicazione nello studio dell'ostetricia, specialmente in quanto riguarda la patologia della gravidanza e del puerperio.

ERRATA-CORRIGE

al lavoro del dott. Caruso « *Operazioni complementari del taglio cesareo* » 1892-94.

Anno 1892.

Pag. 172,	linea	15 —	Kochs	Kocks
» »	nota linea	2 —	deato	ideato
» 174,	» »	5 —	p. 12). Dulaurens	p. 12) Dulaurens
» »	» »	7 —	pag. 569-70). Mad. Boivin	p. 569-70 Mad. Boivin
» 178,	linea	36 —	uua	una
» 179,	»	1 —	Baudeloque	Baudelocque
» 181,	»	34 —	normalmente,	normalmente.
« 183,	»	25 —	VII. T.	VII. Mattino: T.
» 184,	»	23 —	settica,	settica.
» 187,	»	33 —	pulmonare	pulmone
» »	»	38 —	nella morte	della morte
» 189,	»	35 —	e si lagna	e non si lagna
» 192,	»	11 —	successiva del	successiva recisione del
» 194,	nota linea	1 —	Operarori	Operatori
» 413,	linea	5 —	disseccare	dissecare
» »	»	27 —	incluse	inclusi
» »	»	29 —	inclusi	incluse
» 415,	»	17 —	verificava	si verificava
» 417,	»	14 —	über der	über das
» 418,	»	13 —	Kaiserchnitt	Kaiserschnitt
» 419,	»	11 —	laparatomie	aparotomie
» 420,	»	11 —	riscontri	rincontri
» 421,	»	12 —	riscontri	rincontri
» 423,	»	24 —	nel primo il	il primo
» »	»	25 —	nel secondo	il secondo,
» »	»	28 —	genitale	generale
» 424,	»	34 —	diametro esterno	diametro obliquo destro
» 431,	nota linea	1 —	Sammbung	Sammlung
» 433,	linea	26 —	ovoluzione	ovulazione
» 523,	nota linea	2 —	Rösenträger	Rosenträger
» 524,	» »	12 —	Scultze	Schultze
» 533,	colonna *Feto* linea	9 —	»	vivo
» 670,	» *Indicaz.* »	3 —	C. V. 8	C. V. 6
» »	» » »	22 —	infundibiliforme	infundibuliforme
» 672,	» *Oper. e loc.* »	12 —	2.° caso	3.° caso
» 673,	» *Osserv.* lin.	22-23 —	parete	parte
» 676,	caso	288 —	X. 1888 H. Peters	29. VIII. 1888 G. Braun
» 691,	col. *Part. dell'oper.* lin.	26 —	saturato	suturato
» »	» *Nota bibliogr.* »	29 —	1890	1892
» 692,	caso	365 —	Porro	Truzzi
» 847,	col. *Osservazioni* lin.	21 —	K. si accinse alla	fu tentata la
» 853,	» *Nota bibliogr.* »	24 —	p. 320	p. 390
» 854,	» *Età* »	2 —	IVpara	IIpara
» »	» *Indicaz.* »	5-6 —	caso 192	caso 189
» 856,	» » »	9 —	destro	sinistro
» »	nota linea	3 —	p. 265	p. 365
» 857,	» »	2 —	p. 82	p. 182

Pag. 863,	linea	22	— agli	egli
» 864,	»	30	— in *in*	*in*
» 866,	»	5	— struttura	strettura
» 872,	»	20	— gia	già
» »	nota linea	2	— Banchhöle	Bauchhöle

Anno 1893.

Pag. 130,	linea	13	— disegno schematico	metà circa della grandezza naturale
» 141,	nota linea	30	— Ggn	Gyn
» 142,	» »	1	— dello piano	del piano
» 144,	linea	15	— itsmo	istmo
» 862,	»	18	— sopra, sia dalla	sopra della
» 865,	nota	11	— ne	nel
» 866,	linea	12	— itsmo	istmo
» 867,	nota linea	36	— dismennorroici	dismenorroici
» 868,	» »	35	— Experimentellle	Experimentelle
» 869,	» »	6	— singoli	singole
» 879,	linea	25	— ricorso, neppure	ricorso; e neppure lo sarebbe
» 881,	»	20	— errestare	arrestare
» 882,	nota linea	3	— retroperitoneale	retroperitonealen
» 886,	linea	29	— *Cucitura*	7.° *Cucitura*

Anno 1894.

Pag. 89,	linea	16	— Sutungin	Sutugin
» 93,	nota linea	14	— Morta	Morte
» 94,	» »	23	— della parete	dalla parete
» 361,	» »	2	— Neugebaner	Neugebauer
» 364,	» »	7	— completamenre	completamente
» 375,	linea	3	— riscontri	rincontri
» 376,	»	1	— gia	già
» »	nota linea	4	— Κοιλία	κοιλία
» 379,	linea	10	— conchiudenva	conchiudeva
» »	»	22	— Michealis	Michaelis
» 381,	nota linea	31	— Lanelongue	Lannelongue
» 385, col. *Nota bibliogr.* lin. 1-2			— Indicutionsstellung	Indicationsstellung
» 388,	linea	16	— della guarigioni	delle guarigioni
» 391,	nota linea	36	— 1880	1890
» 680,	linea	26	— tutta volta vaginale	tutta la volta vaginale
» 681,	»	18	— i fili dalle legature	i fili delle legature
» »	nota linea	5	— 2.° caso, IVgravida	2.° caso. VI. 1892. IVgravida
» 684,	» »	10	— piano su cui poggia il bacino	piano, su cui poggia il bacino,
» »	» »	12	— fur	für
» 685,	linea	8	— in condizioni asettica	in condizione asettica
» 695,	nota linea	11	— in data de 7	in data del 7
» 696, col. *Nota bibliogr.* lin. 11			— *Revue de Chir.*, p. 358.	*Revue de Chir.*, 1893, p. 358.
» 697,	nota linea	20	— 367 8	367-8
» 699,	» »	3	— asportazione de collo	asportazione del collo

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVI. Dicembre 1894. Num. 12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretto dal Prof. G. Chiarleoni.

COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
30 JAN 95

Le alterazioni dell'endometrio in casi di fibromi dell'utero

DEL
Dott. PIETRO MARCHESI
ASSISTENTE.

Lo stato della mucosa di un utero affetto da fibromioma, offre tanto al clinico, quanto al notomista patologo importante argomento di studio, perchè, se facciamo astrazione dei casi nei quali, sia per le alterazioni alle quali secondariamente va soggetto il tumore, sia per il volume del medesimo, subentrano dei fenomeni d'indole generale, che prendono il sopravento su quelli d'indole locale ed obbligano il clinico ad un pronto intervento, il quadro sintomatologico dei fibromi viene retto soltanto dalle alterazioni della mucosa. E basti ricordare il fenomeno più importante ed alle volte unico, che viene offerto da un fibroma uterino, l'emorragia, per comprendere quanto giustificati sieno gli sforzi degli osservatori per potere, da un canto spiegare la etiologia di questo sintomo, dall'altro per potere combatterlo con un mezzo o con l'altro, tenendone sempre presente la causa.

Pure lo studio della mucosa uterina in queste condizioni e sotto questo punto di vista, può venire considerato come argomento di attualità, perchè in questi ultimi anni soltanto, essa è stata sottoposta a delle ricerche, che se pure non concordi nei loro risultati, rispecchiano la utilità pratica e scientifica di un tale studio.

I non pochi casi di fibromi dell'utero che sono stati operati nel-

l'istituto dal prof. Chiarleoni, mi fornirono discreto materiale di ricerche, alle quali mi sono accinto consigliato dal mio maestro e collo scopo di portare il mio modesto contributo ad una questione tanto importante.

Durante il corso di queste ricerche, mi sono imbattuto in qualche caso che mi costringerà ad allontanarmi un qualche poco dal tema del lavoro, ciò che io voglio fare di buon grado, potendo così intrattenermi qualche istante sulla etiologia dei fibromi uterini e sulla coesistenza di questi con tumori di natura maligna.

Prima però di entrare in argomento, accennerò brevemente agli osservatori che si sono occupati di queste ricerche.

Prima che il Wyder nel 1878 avesse pubblicato il suo lavoro sulla istologia normale e patologica della mucosa dell'utero umano (1) o quasi contemporaneamente a questo, si leggeva soltanto in qualche trattato (2) che la mucosa dell'utero affetto da fibromi, era ammalata di endometrite, la quale poi produceva l'emorragia. Più che l'accennato lavoro del Wyder, nel quale egli parla soltanto di aver trovato in uteri con fibromi sottosierosi ed interstiziali l'adenoma diffuso di Schröder, è della massima importanza il suo secondo lavoro (3).

I suoi studi lo hanno condotto alla conclusione che la mucosa dell'utero nei fibromi di questo organo, trovasi affetta da endometrite glandolare ipertrofica, con piccola o nessuna partecipazione del connettivo interglandolare, nei tumori che hanno un punto d'impianto piuttosto lontano dalla mucosa; e da endometrite interstiziale con glandole inalterate o atrofizzate, in casi di tumori impiantati vicino alla mucosa; questa alterazione sarebbe tanto più accentuata, quanto minore è il tratto di tessuto tra tumore e mucosa. Mentre questo stato di cose vale per la mucosa che sta al disopra del tumore, il resto della medesima si mantiene o inalterata o va soggetta ad una endometrite glandolare ipertrofica.

---

(1) Wyder. « Beiträge zur norm. u. pathol. Hystol. der menschl. Uteruschl. » *Archiv. f. Gyn.*, Bd. XIII, 1878.

(2) Citati da Batuaud: Demarquay et S. Vel. « Traité clinique des maladies de l'utérus. » Paris, 1876, p. 222. — Gaillard Thomas. « Traité clinique des maladies des femmes. » Trad. de A. Lutand, Paris, 1879, p. 450. — Courty. « Traité pratique des maladies de l'utérus, etc. » 3.ª édit. Paris, 1881, pag. 1096.

(3) Wyder. « Die Mucosa uteri bei Myomen. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXIX, 1886.

Per quanto concerne la predisposizione della mucosa affetta da endometrite glandolare ad una degenerazione maligna, egli la nega in modo assoluto, non avendo mai trovato, anche in casi dove la proliferazione delle glandole arrivava fino alla formazione di polipi grandi quanto un'avellana, nessun accenno di una tale degenerazione.

Prima di questo lavoro il V. Campe (1) nel 1884 pubblicava il risultato dell'esame di 10 uteri con fibromi, avendo trovato in 8 soltanto endometrite glandolare, ed in 2 endometrite interstiziale.

Nelle lezioni di Cornil (2) sull'anatomia patologica delle metriti, ecc., troviamo accennata la endometrite glandolare ed interstiziale cronica, come complicante i miofibromi dell'utero, senza che vi sia una discussione in proposito.

Curatulo (3) ha trovato in 9 casi di fibromi dell'utero, la mucosa affetta da endometrite per lo più mista, cioè con partecipazione tanto delle glandole, quanto del tessuto interglandolare, con prevalenza delle une o dell'altro, a seconda della topografia del tumore e del punto della mucosa esaminata, concordando in questo con Wyder. Descrive però delle alterazioni speciali nel tessuto interglandolare, sulle quali per ora non m'intrattengo, dovendo nel seguito di questa nota brevemente accennarle.

Press'a poco alle stesse conclusioni viene il Batuaud (4), il quale aggiunge due osservazioni proprie a quelle degli altri. Egli dice a pagina 121 del suo lavoro: « L'endometrite è una complicanza abituale « dei tumori fibrosi dell'utero; nei fibromi sottosierosi è l'endometrite « glandolare che predomina; nei fibromi interstiziali e sottomucosi, si « trova per lo più della endometrite interglandolare al contatto del « tumore e dell'endometrite glandolare nei punti lontani da questo; in « altri casi, l'endometrite è mista (cioè il tessuto glandolare ed il tessuto

---

(1) V. Campe. « Ueber das Verhalten des Endometriums bei Myomen. » *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X.

(2) Cornil. « Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus. » Paris, 1889.

(3) Curatulo. « Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice, ecc. » *Annali d'Ost. e Gin.*, gennaio e febbraio 1891.

(4) Jules Batuaud. « Les hémorragies dans les cas des tumeurs fibreuses de l'utérus, etc. » Paris, 1891, pag. 121.

« interglandolare, partecipano insieme al processo infiammatorio) su « tutta la superficie della cavità uterina. »

Da ciò che si è detto sopra, chiaramente si vede, come l'infiammazione dell'endometrio formi il reperto principale delle ricerche dei succitati osservatori; questo reperto però viene modificato dagli studi fatti in appresso, nei quali si scorge una tendenza a negare la natura infiammatoria delle alterazioni della mucosa uterina in questi casi, oppure ad ammettere come fatto secondario l'infiammazione qualora la si fosse trovata.

Il primo a pronunziarsi in questo senso è stato lo Schmal (1), il quale ha trovato nei fibromi sottosierosi uno stato ipertrofico od anche normale della mucosa, ed in quelli interstiziali, sottomucosi, una atrofia (per compressione) al disopra del tumore ed una ipertrofia di fronte a questo; egli inoltre non ammette in questi casi veri fenomeni infiammatori, mancandone per lo più nei miomi il sintomo caratteristico, cioè l'aumento di secrezione, e il flusso.

In 23 casi di fibromi uterini Semb (2) ha trovato svariate alterazioni nella mucosa, a seconda della varia topografia dei tumori; alterazioni che andavano da una semplice e leggera infiammazione, a gravi endometriti con processi di proliferazione sopraposte per lo più ad ipertrofie o atrofie della mucosa. Egli riassume così i risultati delle sue ricerche: « 1.° Nella maggior parte dei miomi, la mucosa subisce una ipertrofia, « dapprima senza alcun processo infiammatorio. Questo è in parte uni- « forme, tanto dello stroma quanto delle glandole, in parte prevalen- « temente glandolare. 2.° Nell'ulteriore decorso del mioma, subentrano « spesso delle alterazioni secondarie della mucosa, le quali sono pro- « dotte da compressione del tumore, infiammazioni sopravenienti o altre « complicazioni. Queste possono fare retrocedere totalmente l'ipertrofia. « Così nei tumori sottomucosi, la mucosa al disopra del tumore, subisce « regolarmente un'atrofia per compressione. »

Mentre Semb riguarda la ipertrofia della mucosa come una forma di passaggio ad ulteriori alterazioni e specialmente ad infiammazioni,

---

(1) Schmal. « Archives de Tocologie et de Gynécologie. » Tome XVIII.

(2) Semb. « Ueber das Verhalten der Uterusschleimahut bei Myomen. » *Archiv f. Gynaek.*, 1893, Bd. XXIII.

Doléris (1) dice: « In certi casi, esiste manifestamente l'endometrite, « e l'esame istologico dei pezzi ce lo ha mostrato indiscutibilmente. In « altri, noi lo sosteniamo, non esiste una *endometrite vera*, nè clinica- « mente nè istologicamente. »

E per sostenere la sua asserzione egli riporta due casi, in uno dei quali trattavasi di una miomatosi totale e tumori isolati, nell'altro di un corpo fibroso, di grosso volume, a seni estremamente dilatati. Nel primo caso, egli trova una iperplasia semplice della mucosa, cioè aumento delle glandole in numero e in volume, con piccola dilatazione della loro cavità, senza nessuna alterazione dell'epitelio, con penetrazione delle medesime tra gli elementi muscolari. Il tessuto interglandolare è composto di cellule lunghe o rotonde, foggiate su di un reticolo finamente fibrillare; i vasi sono scarsi ed inalterati; l'epitelio di rivestimento è soltanto in parte conservato ed ha perduto le sue ciglia. Mancano *elementi infiammatori*, infiltrazione embrionaria periglandolare, neoformazione e dilatazione vasale.

Nel secondo caso invece, l'epitelio di rivestimento è perfettamente normale, come pure le glandole ed il tessuto interglandolare. Per un'altezza di 1/4 di millimetro immediatamente sotto l'epitelio di rivestimento, la mucosa mostra quasi mancanza di glandole e soltanto il tessuto interglandolare normale a cellule ovoidali o rotonde. « Questa disposizione « non è che l'esagerazione di ciò che esiste normalmente senza che vi « sia traccia d'infiammazione, nè proliferazione embrionaria, nè gemma- « zione (bourgeonnement). » I vasi sono molto appariscenti e dilatati. « Riassumendo, a parte la congestione, l'atrofia dei parenchimi e un « certo grado d'iperplasia dello strato sotto l'epitelio di rivestimento, « la mucosa è assolutamente normale. »

Vi è ancora un lavoro di Uter (2), importante per la etiologia dei fibromi, perchè mentre la generalità degli autori riguarda le alterazioni della mucosa come causate da disturbi prodotti dal tumore, Uter le riguarda invece come causa di questo, ed egli dice in proposito: « Se « abbiamo riguardato l'affezione della mucosa come causa delle modi-

---

(1) S. A. Doléris. « Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus, ecc. » *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, N. 8-25, Août 1893.

(2) Uter. « Einiges zur Pathologie der Mucosa uteri. » *Cent. f. Gyn.*, N. 34, 22 August 1891.

« ficazioni ipertrofiche nella muscolare, perchè essa non deve valere « come tale anche in quei casi, nei quali oltre allo ingrossamento dif- « fuso esiste una formazione circoscritta di fibromi, o questa soltanto? » Nell'ulteriore decorso di questo lavoro dovrò ritornare su questo argomento, quindi per ora mi risparmio qualunque commento in proposito; voglio però accennare come questa opinione sia bene accettata dal Semb, il quale, avendo trovato in qualcuno dei suoi casi, da una parte una considerevole ipertrofia della mucosa, dall' altra dei fibromiomi quanto un'avellana o una mela, crede, che in questi casi i fibromi così piccoli non abbiano potuto influire sui rapporti circolatori della mucosa in modo tale da farla ipertrofizzare; piuttosto è verosimile l'ammettere una causa comune produttrice e del fibroma e della iperplasia della mucosa, causa ancora ignota per la nostra poca conoscenza della etiologia dei fibromi.

Ho riportato soltanto quegli osservatori che si sono occupati più specialmente di questi rapporti tra fibromi e mucosa, riserbandomi di citare coloro che studiarono i rapporti tra adenoma maligno e carcinoma dell'utero e fibromi, nel prosieguo di questa nota, dovendo intrattenermi su alterazioni maligne della mucosa in qualche utero da me osservato, affetto anche da fibromi.

Passo senz'altro alla esposizione delle mie osservazioni, le quali, mi lusingo che possano valere come modesto contributo per la questione che ci occupa.

A. **Fibromi interstiziali.**

Osservazione I (1).

C. S. d'anni 40, maritata, casalinga. Mestruò la prima volta a 16 anni, con forti dolori, mestruazioni successive sempre irregolari in quanto ai periodi, abbondanti, spesso menorragie accompagnate da forti dolori. Ebbe 11 gravidanze. Utero uniformemente aumentato di volume,

(1) Nell'eseguire i preparati di questa e delle altre osservazioni mi sono attenuto ai comuni precetti della tecnica istologica. Le sostanze coloranti adoperate furono il carminio boracico, il picrocarminio, ma di preferenza l'ematossilina. La fissazione dei pezzi freschi si fece in sublimato o in liquido di Müller; indi passaggio in alcool ed inclusione in paraffina.

fisso in retroversione; residui di peri-ovaro-salpingite sinistra, endometrite. Nel febbraio 1892, ebbe un aborto ovulare, seguito da metrorragie e dolori pelvici, che durarono per tre mesi. In seguito leucorrea, che dura anche al momento dell' ingresso in clinica (22 novembre 1892). Si stabilisce una cura risolvente e si dimette migliorata. Si riaccetta nel febbraio 1893 ed oltre alle affezioni precedenti, si curano anche i fenomeni isterici che l' ammalata presentava. Continuando le sofferenze si esporta per via della vagina l' utero (8 aprile 1893) che si trova poco ed uniformemente più grande del normale, con superficie esterna uniformemente liscia; la cavità uterina misura cent. 10. Aperto l'utero con un taglio longitudinale mediano sulla faccia anteriore, si trovano le pareti grosse da 2 1[2 a 3 cent. di consistenza dura, mostranti ad occhio nudo una notevole ipertrofia del parenchima uterino.

La mucosa, spessa circa mezzo cent., è di colorito roseo, con chiazze sanguigne in vari punti; pieghe scarse; consistenza molle, fungosa; la mucosa del collo invece mostrasi meno spessa, più dura, liscia, senza aspetto fungoso.

Verso il corno sinistro la parete uterina offre uno spessore maggiore ed una maggiore consistenza; per cui la si incide e si cade su di un fibroma interstiziale, grande quanto una piccola noce, ugualmente distante, circa 1 cent., tanto dalla superficie interna, che dalla esterna dell' utero.

Esame microscopico della mucosa. — In tutta la cavità del corpo, che non era per nulla sformata, si notarono dapertutto le identiche alterazioni: L'epitelio di rivestimento della mucosa è quasi tutto ben conservato, soltanto qua e là esso è staccato per brevissimi tratti; le ciglia vibratili non si vedono; la superficie non è uguale, ma ondulata per piccole vegetazioni, formate da gittate dello stroma sottoepiteliale, ricoperte dalle cellule cilindriche normali, le quali mostransi più basse nei tratti intermedi fra una vegetazione e l' altra. Il limite tra mucosa e muscolare non è ben netto, perchè si vedono qua e là dei punti, dove le glandole penetrano in quest' ultima per una profondità di qualche millimetro. Le glandole mostransi in genere aumentate di numero e di volume, ma più di questo che di quello, perchè, mentre in certi punti il preparato microscopico mostra soltanto delle sezioni di glandole molto avvicinate le une alle altre, in altri, queste sono separate le une dalle altre da tratti di connettivo più o meno estesi. Esse corrono in direzione quasi rettilinea dal fondo alla superficie, torcendosi in varia guisa e dando netta l' imagine delle glandole a cava-turaccioli. I lumi glandolari non appariscono ugualmente larghi, ve ne sono di quelli che si possono considerare come normali, e degli altri che sono cisticamente dilatati; in genere però, le estremità superiori delle glandole, cioè quelle vicino alla superficie vanno a poco a poco restringendosi fino al loro sbocco;

le sezioni delle glandole verso il limite tra mucosa e muscolare e quelle che penetrano in questa ultima, sono tutte a lume molto stretto ed in molte questo addirittura manca.

L'epitelio delle glandole è generalmente ben conservato, a cellule cilindriche, con nucleo bene distinto; non conserva però nella stessa glandola la stessa altezza, variandola molteplicemente e senza speciale disposizione. Nelle glandole cisticamente dilatate esso è cubico. Non da per tutto esso è ad un solo strato; in certi punti, ma più spesso verso il fondo cieco ed in quelle porzioni di glandole che penetrano nella muscolare, esso è composto di vari strati, i quali in qualche sezione glandolare ne occludono completamente il lume. In altre glandole dell'epitelio si vedono soltanto i nuclei sotto forma di corpuscoli che, focando variamente, acquistano ora una lucentezza e trasparenza speciali, ora diventano opachi. Non di rado, specialmente nelle porzioni profonde delle glandole, questi corpuscoli si diffondono anche nel tessuto periglandolare disponendovisi a gruppi più o meno grandi, togliendo, nel rispettivo punto, qualunque traccia di parete glandolare. Come sulla superficie esterna della mucosa, così anche sulle pareti di tutte le glandole notiamo delle vegetazioni, cioè delle gittate del connettivo periglandolare, le quali penetrano più o meno nel lume, ed ivi si ramificano in varia guisa, coperte sempre dall'epitelio, il quale mantiene i caratteri di quello suddescritto e dando spesso un' imagine raggiata. Su queste digitazioni però l'epitelio è sempre a più strati. In certi punti sembra che dalla estremità superiore di una vegetazione si parta un tratto composto quasi esclusivamente da nuclei, il quale attraversando orizzontalmente il lume glandolare va a congiungersi con una digitazione della parete opposta.

Il tessuto interglandolare composto in massima parte di sostanza connettivale è molto lasso nelle porzioni superiori della mucosa, e molto compatto in quelle inferiori, dove circonda strettamente le glandole; composto negli strati inferiori di fibre connettivali sottilissime, inframezzate da numerosissimi corpuscoli rotondi, piccoli, esso si dispone a fasci circolari intorno alle glandole e le accompagna anche in mezzo al tessuto muscolare; in questi punti esso è identico al connettivo che trovasi disposto a fasci di varia grossezza in mezzo ai fasci muscolari. Progredendo verso la superficie esso si fa meno compatto, le fibre di connettivo, intrecciantesi variamente fra loro, distano considerevolmente le une dalle altre e danno delle figure stellate. Esiste in questo tessuto grande quantità di cellule connettivali, di varia forma con distinto nucleo e disposte sia in gruppi, sia isolate. Numerosi corpuscoli linfoidi attraversano il connettivo in tutti i sensi ed in grande quantità. Notansi qua e là delle cellule più grandi delle altre, a nucleo grande e protoplasma relativamente scarso, ma in piccolissimo numero.

I vasi sono in genere abbondanti, accompagnano le glandole nel loro percorso e si dividono molteplicemente, anastomizzandosi anche fra loro; essi hanno per lo più una parete spessa, ricca di nuclei, i quali in certi punti si accumulano tanto intorno a quelli, da darne una figura fusiforme, colla sezione vasale nel mezzo; qua e là essi appariscono anche quasi occlusi per questa proliferazione perivasale, la quale in qualche punto è in via di formazione, in qualche altro mostrasi come connettivo già formato. Mancano stravasi sanguigni.

La mucosa del collo mostra delle alterazioni del tutto differenti da quelle suddescritte. Essa è spessa appena qualche millimetro, biancorosea, con l'albero della vita abbastanza bene conservato.

Microscopicamente essa offre delle differenze tra la porzione alta e quella bassa del collo. In quella la superficie libera della mucosa mostrasi molto ineguale, con epitelio di rivestimento quasi completamente conservato; tanto qui, quanto nell'interno delle glandole, esistono piccole digitazioni di connettivo. L'epitelio delle glandole, poco numerose e quasi rettilinee, è perfettamente conservato ed in alcuni punti si hanno sulle pareti degli accumuli di nuclei, che arrivano fino ad occludere completamente il lume glandolare.

Lo stroma interglandolare non presenta nulla di speciale, se si toglie la scarsezza di vasi sanguigni.

La porzione inferiore del collo comportasi differentemente. Le glandole sono limitate alla porzione più alta della mucosa, a poca distanza dalla superficie libera della medesima; esse sono ristrette, allungate in senso trasversale, quasi del tutto prive del loro epitelio, come priva ne è anche la superficie libera della mucosa, tranne in qualche punto, ove esso appare cubico. In mezzo alle glandole compresse ed allungate se ne trovano di quelle che sono cisticamente dilatate, senza epitelio, con parete circondata da grossi fasci di connettivo con nuclei grossi e ben distinti. Lo stroma interglandolare ha uno sviluppo molto maggiore che nel corpo.

Diagnosi: Ipertrofia glandolare, con leggera infiammazione del connettivo interstiziale, e probabile degenerazione maligna delle glandole.

Osservazione II.

R. G., nullipara, d'anni 45. Mestruò la prima volta a 15 anni, con scarso flusso sanguigno; le mestruazioni si mantennero regolari fino a circa tre anni fa, quando incominciarono a farsi dolorose, abbondantissime ed irregolari per periodi. Utero grosso quasi il doppio del normale, duro, pesante, raddrizzato; collo conico; muso di tinca circondato da cisti mucose del volume di grossi ceci.

Nel supposto che il dolore dipendesse dalla degenerazione cistica del collo, si incidono, si svuotano e cauterizzano, ma senza usar alcun giovamento, per cui si passa alla asportazione dell' utero per via vaginale (25 febbraio 93). Decorso post-operatorio normale; guarigione.

Diagnosi post-operativa: Miomatosi totale dell' utero; fibroma interstiziale della parete anteriore.

L'utero esportato misura 12 cent. in lunghezza; il suo rivestimento peritoneale è dapertutto liscio e lucente; il suo parenchima di consistenza dura; sulla parete anteriore si ha una sporgenza, la quale corrisponde ad un fibroma interstiziale grosso quanto una piccola mela. Aperto l'utero con un taglio mediano longitudinale sulla fascia posteriore, le pareti si vedono enormemente ingrossate (3-4 cent.). Il parenchima uterino è formato da numerosi fasci fibrosi che s' intrecciano in tutti i sensi e danno la consistenza durissima dell'utero. Il fibroma sta in mezzo al tessuto della parete anteriore uterina circa un centimetro distante sia dalla superficie esterna, che dall' interna dell' utero.

La mucosa, di colorito roseo carico, chiazzata di sangue, è spessa vari millimetri, macroscopicamente bene distinguibile dal sottostante tessuto fibroso, dal quale in qualche punto è separata da un tratto di tessuto normale, spesso qualche millimetro. Liscia su tutta la superficie della cavità uterina, essa mostrasi un poco frastagliata o pieghettata nella regione del fondo.

Il collo è normale, per dimensioni, consistenza, struttura del parenchima; la mucosa è bianca, sottile, con l'albero della vita conservato, e qualche piccolo polipo mucoso sulla parete posteriore del collo.

Esame microscopico della mucosa del corpo. — La mucosa è spessa da 3 a 4 mill., ben delimitata dal sottostante tessuto, come si può vedere anche ad occhio nudo.

L'epitelio di rivestimento della mucosa manca quasi tutto, essendo stata la cavità uterina sottoposta a varie medicazioni. I tratti di epitelio che rimasero conservati, mostrano le cellule cilindriche prive delle loro ciglia, manca qualunque traccia di vegetazione; in molti punti si vedono netti gli sbocchi delle glandole. Queste ultime non sono aumentate di numero, bensì si mostrano molto tortuose negli strati inferiori, meno negli strati superiori, dove si vedono poche sezioni trasversali, longitudinali e oblique e in molti punti lo sbocco delle glandole alla superficie esterna. Si nota anche qui il fatto della penetrazione di glandole nella muscolare, ed anzi qua e là si vedono delle sezioni isolate, distanti più di un millimetro dagli ultimi e più profondi fondi ciechi glandolari, ciò che del resto allontana qualunque sospetto di proliferazione maligna delle glandole, per la rarità di queste negli strati superficiali della muscolare.

L'epitelio delle glandole presenta delle particolarità degne di nota:

esso è in quasi tutte uniformemente alto, in molte però distaccato per tratti più o meno lunghi dalla parete. Nelle glandole cisticamente dilatate, nelle quali inoltre trovansi accumuli di sostanza amorfa (muco) esso o manca addirittura, od è molto basso, o cubico. Comunque esso sia, o normalmente alto, o no, le sue cellule si mostrano rigonfiate e trasparenti e nello stesso tempo compresse ai lati, con protoplasma ridotto al minimo e anzi in qualcuna sono conservati appena i contorni, i quali non di rado si confondono con quelli delle cellule vicine e non sono quindi bene distinguibili. Questa degenerazione idropica però non è egualmente pronunziata in tutte le glandole, nè nella medesima glandola; così mentre le sezioni glandolari profonde la mostrano chiaramente, quelle superiori e quelle che penetrano nella muscolare, mostrano un epitelio intatto. Si può notare ancora, come in molte sezioni oblique, una parete mostra quella degenerazione, spinta ad un grado altissimo, da fare apparire soltanto i contorni cellulari, mentre l'altra la mostra meno progredita. In qualche glandola o porzione di questa, le cellule sono addirittura distrutte ed al loro posto non si vede che il tessuto interglandolare che così forma una porzione di parete glandolare. In nessun punto si è potuto vedere una disposizione epiteliale a più strati; in molti invece, e specialmente verso la estremità sottile delle sezioni, si nota un accumulo di corpuscoli rotondi, i quali invadono e epitelio e strato interglandolare ugualmente, dando così l'aspetto di una limitata proliferazione del medesimo. Verso le medesime estremità delle sezioni glandolari, si vede il lume occupato da tessuto connettivo che sembra gradatamente fare passaggio a quello interglandolare. Notisi ancora come porzioni glandolari, superficiali e profonde sono molto ristrette, ad epitelio inalterato, allungate e compresse; profondamente addossate le une alle altre, superficialmente isolate. Lo stroma interglandolare appare di struttura uniforme per tutta la estensione della mucosa, esso è essenzialmente composto di un tessuto connettivo lasso, con corpuscoli rotondi numerosi, in mezzo a fibre disposte in reticolo a maglie piuttosto larghe. Negli strati profondi li connettivo interglandolare è disposto a fasci compatti, con cellule fusiformi, i quali, disposti orizzontalmente tra mucosa e muscolare, circondano le glandole in fasci longitudinali. Negli strati medii e superiori della mucosa, si notano delle cellule polimorfe, a nucleo grosso e scarso protoplasma, disposte in mezzo alle fibre connettivali; rari leucociti.

I vasi percorrono la mucosa in tutti i sensi, essi per lo più accompagnano le glandole; sono stretti, a pareti sottili, senza accumuli di connettivo o corpuscoli rotondi intorno ai medesimi.

Il collo non offriva nessuna alterazione degna di nota.

Diagnosi: Iperplasia glandolare e connettivale, con degenerazione idropica delle cellule glandolari.

Osservazione III.

La seguente descrizione di un utero miomatoso asportato per vagina, non può essere accompagnata da nessuni dati riguardanti i precedenti della donna che lo portava. L'utero stesso manca del cartellino, che si suole attaccarvi per controsegnare i pezzi anatomici asportati.

L'utero, conservato già da qualche anno in cattivo alcool, è di volume due volte maggiore del normale; esternamente nulla vi è di notevole. Il corpo sembra diviso in una metà destra ed una sinistra per esagerato sviluppo dei corni uterini; il collo esternamente appare di volume e di aspetto normale. Aperto l'utero con un taglio mediano longitudinale anteriore, si scorge la cavità del corpo molto ristretta e deformata, formante una curva con convessità rivolta a destra. Questa deformazione veniva data da un fibroma interstiziale del volume di una mela, che risiedeva nel corno uterino sinistro ed occupava tutto lo spessore della parete uterina, essendo da ogni lato circondato soltanto da un sottilissimo strato di parenchima uterino. La metà destra del corpo ha la parete grossa fino a tre centimetri, ed il parenchima stesso è di una durezza insolita, per numerosissimi fasci fibrosi che lo attraversano in tutti i sensi.

Siccome la sporgenza che il detto fibroma fa nella cavità dell'utero non è considerevole, così il tratto di mucosa che lo ricopre è limitato, pieghettato e sottile, mentre quella dirimpetto a questa è un po' più spessa.

Nella porzione inferiore del corpo, trova impianto una massa di tessuto molle, friabile, una vera vegetazione, che impiantata su tutta la circonferenza della cavità uterina, la chiude completamente. La massa principale, a destra, ha una base larga quanto la moneta di un soldo, e da questa si innalza la massa principale; a sinistra invece, sotto il tumore, notansi dei punti che partendo da quella massa, circondano la porzione inferiore della cavità uterina. Il collo mostra poco di anormale; irregolarità nelle pieghe della mucosa, sottigliezza esagerata delle pareti.

Esame istologico della mucosa. — *a)* Rimpetto il fibroma; la mucosa, molto assottigliata, è regolare alla sua superficie e ben distinta dal tessuto muscolare sottostante. L'epitelio di rivestimento manca quasi in totalità. Lo stroma è formato da connettivo giovane, con cellule rotonde o fusiformi, inframezzate da fibrille connettivali che fanno bene distinguere questo tessuto da fasci di connettivo che dalle porzioni profonde della mucosa salgono verso la superficie e da quelli che corrono trasversalmente. Tutta la mucosa è quasi esclusivamente formata da questo tessuto: in certi punti però, e per lo più poco al di sotto della superficie,

trovansi dei lumi glandolari privi del loro epitelio, più o meno compressi ed allungati, sezionati trasversalmente ed obliquamente. Essi sono circondati strettamente da fasci connettivali.

I vasi sanguigni, abbondanti, a lume piccolo, con pareti circondate da scarso connettivo attraversano, irregolarmente tutta la mucosa e corrono fino sotto la superficie.

Sulla mucosa rimpetto al fibroma eravi anche una piccola vegetazione, di aspetto macroscopico analogo a quello della vegetazione grande, che esaminata al microscopio mostrava le caratteristiche di un cancro. Nulla rimane più della originaria struttura della mucosa. Essa è costituita da un reticolo a larghe maglie, fatto da connettivo in parte giovane, in parte nettamente fibroso. La trama del reticolo varia molto nel suo spessore; uno spazio può dall'altro essere separato da pochi fasci di connettivo, ovvero da robuste gittate che poi molteplicemente si dividono. Esse sorgono dal connettivo che sta fra i fasci muscolari sottostanti, e due gittate vicine formano come un fondo cieco ben delimitato della muscolare ed il livello di questi è abbastanza regolare. Questi spazi contengono delle cellule di varia forma e variamente disposte; così le cellule che tappezzano le pareti dello spazio o il fondo cieco suddescritto, conservano bene la forma cilindrica, però sono alterate nella loro costituzione, essendo ora chiare, o torbide, o granulose, con nucleo unico, o compreso da cariocinesi; ad uno o più strati, per lo più staccati della parete, ma riproducono in ogni modo abbastanza bene la forma della glandola tubulare. In molti altri questa disposizione regolare cede il campo ad ammassi di cellule polimorfe più o meno ammassate, sì che in qualche punto, si può riconoscere il vero zaffo epiteliale, in qualche altro invece delle zolle di cellule agglomerate, che nuotano libere nel lume glandolare; altre volte le cellule cilindriche rivestono in diversi strati disposte a raggi le numerose gittate di connettivo che dalla parete glandolare, sporgono nell'interno degli spazi del reticolo. Questi spazi inoltre offrono le forme le più svariate, poligonali, rotonde, allungate, a seconda che la sezione ha colpito gli zaffi in un senso o nell'altro.

Possiamo da questo esame concludere che la mucosa rimpetto il fibroma, era affetta da endometrite interstiziale dove essa appariva liscia; affetta da cancro dove esisteva la vegetazione.

b) Anche la mucosa che sta al disopra del fibroma, esaminata in vari punti, mostra una degenerazione maligna iniziale; però qui essa si comporta diversamente dalla precedente. I caratteri della mucosa si sono pressochè totalmente perduti. Dei piccoli lumi glandolari privi del loro epitelio, o con tracce del medesimo, dei tratti di glandole allungati e compressi rivestiti ancora dal loro epitelio cilindrico ricordano la mucosa. Del resto vedonsi soltanto degli accumuli irregolari e mul-

tiformi di cellule, che ripetono la forma di quelle epiteliali, sparsi senza ordine in mezzo al connettivo e approfondantisi anche nella muscolare, disgregandone i fasci e arrivando fino presso la capsula del fibroma, senza intaccarla. Anche qui trattasi di degenerazione maligna in cancro della mucosa, con diffusione alla muscolare e tendenza ad estendersi maggiormente. I vasi sanguigni che qui esistevano erano piccoli, e irregolarmente disposti.

c) La porzione di mucosa situata sotto la massa carcinomatosa, al di sopra dell'orifizio interno sembra molto assottigliata: pure al microscopio mostra le sue glandole non aumentate gran fatto nè di volume nè di numero, soltanto con lumi irregolari, allungati, compressi, stellati, con epitelio in qualcuno ben conservato, in altri no; in altri ancora tutto il lume è pieno di cellule epiteliali in guisa da formarne uno zaffo, e questo specialmente nelle glandole che si approfondiscono nel tessuto muscolare. Una analoga imagine offre la mucosa del fondo dell'utero, dove anzi gli zaffi epiteliali sono più numerosi e più progrediti verso la periferia dell'organo.

Fra glandola e glandola esistono innumerevoli corpuscoli linfoidi, i quali dalla mucosa passano nella muscolare inframezzandosi ai fasci della medesima; le glandole più superficiali però, e che hanno il loro epitelio ancora intatto, sono circondate da robusti fasci di connettivo.

La massa vegetante principale, che ancora non ho descritto, offriva per dir così in grande, ciò che in piccolo offriva quella vegetazione iniziale di cui sopra si è fatta parola. Una massa formata da innumerevoli alveoli con pareti di connettivo, pieni più o meno di cellule epiteliodi, di varia forma e grandezza, con vasi piuttosto abbondanti.

Credo che dalla descrizione data di queste alterazioni si possa venire alla diagnosi di cancro del corpo con diffusione a quasi tutta la mucosa dell'utero, nella quale ora trovasi appena allo stato iniziale, ora già abbastanza progredito.

Dove questa degenerazione non è ancora cominciata, evvi endometrite intestiziale.

Il collo non offriva nulla di anormale.

Diagnosi: Cancro del corpo, con diffusione di processo a tutta la mucosa.

Osservazione IV.

Donna sterile, da più anni entrata nella menopausa, da circa un anno affetta da emorragia, e da più mesi portante uno scirro non ancora ulcerato alla mammella destra.

Previa dilatazione del collo conico si procede ad un raschiamento

il 25 marzo 1891, che si ripete nei primi giorni di giugno dello stesso anno.

I detriti esportati col raschiamento sottoposti ad esame microscopico, mettono in evidenza trattarsi di una degenerazione carcinomatosa della mucosa.

Il 12 luglio 1891 si pratica la colpo-isterectomia e al 9 di agosto successivo si amputa la mammella destra, affetta da scirro. Decorso post-operatorio tipico. Esce il 22 agosto.

L'utero estirpato, conservato molto male in alcool pessimo, mostrasi due volte più grosso del normale. Il suo rivestimento peritoneale è liscio ed uguale, non ispessito; al corno sinistro evvi un tumore grosso quanto una noce, consistente in un fibroma sottosieroso. Aperta la cavità uterina con un taglio mediano longitudinale sulla parete anteriore, essa appare molto ineguale nella sua forma; ristretta notevolmente nella porzione superiore del corpo, essa è più ampia del normale nella porzione inferiore e nel collo. La parete anteriore, di consistenza e di struttura macroscopica normale, è un poco assotigliata. La parete posteriore invece è molto spessa per la presenza di un fibroma del volume di un uovo, che fa sporgere la mucosa in avanti e deforma la cavità.

La mucosa, tanto sul tumore, che rimpetto a questo è uniformemente liscia, meno qualche rara piega.

Immediatamente sotto al tumore descritto trovasi una massa vegetante, della grossezza di una noce, impiantata su quasi tutta la zona inferiore della cavità del corpo. La sua maggiore base d'impianto è anteriormente e misura da 2-3 cent. in lunghezza ed altrettanti in larghezza; ai lati e posteriormente vi sono dei punti, dove si ripete la stessa forma di neoformazione, molto minore ed isolata.

La cavità uterina immediatamente sottostante alla massa suddescritta, è allungata ed allargata, con mucosa poco spessa, e poco pieghettata.

Il canale cervicale molto ampio, ha una mucosa apparentemente sana. Il collo stesso è di lughezza poco superiore alla normale, sottile, conico.

Esame microscopico della mucosa. — *a)* La mucosa della parete anteriore dell'utero, cioè quella dirimpetto il fibroma, mostra nelle sezioni il suo bordo libero indistinto, frastagliato (probabilmente per la pessima conservazione del pezzo); pure in qualche raro punto essendo intatta, si vede come l'epitelio di rivestimento sia bene conservato, con cellule cilindriche normali.

Le glandole, normali per numero, ma non per volume, si approfondiscono anche nella muscolare. Le porzioni più superficiali di esse, hanno perduto il loro epitelio, e nel lume ne contengono appena tracce; altre lo hanno discretamente conservato, altre ancora hanno perduto la

parete in qualche punto, dal quale si vede sporgere nel lume glandolare masse cellulari, che pare provengano dal tessuto interglandolare. Più profondamente vicino a glandole normali vi sono di quelle a lume multiforme, allungato, compresso, stellato, con epitelio ben conservato, e di quelle il cui lume è tutto pieno zeppo di cellule epitelioidi.

Il tessuto interglandolare è formato esclusivamente da un numero stragrande di cellule a nucleo grosso, e scarso protoplasma, per lo più fusiformi, le quali si dispongono a fasci, specialmente intorno alle glandole. I vasi sono relativamente poco numerosi e decorrono vicino alle glandole, sezionati tutti obliquamente.

b) La mucosa sottostante alla vegetazione sembra affetta da incipiente degenerazione: le glandole sono allungate ed allargate, con parete connettivale molto ingrossata e molto tortuosa. L'epitelio qua e là mostrasí normale e ad un solo strato; ma per lo più esso ha perduto il suo normale aspetto ed è sostituito da ammassi di cellule polimorfe, grandi, piatte, con nucleo grosso, alle volte in via di divisione, disposte irregolarmente e occupanti tutto il lume; in altri punti della mucosa scompare l'apparenza alveolare e si vede invece un grande ammasso delle suddette cellule epitelioidi limitate da un sottilissimo straterello di connettivo.

L'epitelio delle glandole, dove ancora esiste l'apparenza delle medesime, è quasi tutto staccato dalla parete, e in certi punti a molti strati.

Il tessuto interglandolare è formato da cellule rotonde, piccole, e da fasci di connettivo negli strati più superficiali; la infiltrazione parvicellulare si diffonde anche nella muscolare dove trovansi anche delle sezioni di glandole d'aspetto normale, e degli ammassi cellulari simili ai suddescritti, circondati da abbondanti corpuscoli rotondi. I vasi, scarsi, per lo più a gruppi, sono circondati da robusti fasci di connettivo. Il limite però fra mucosa e muscolare per solito è ben netto.

c) La mucosa dell'utero, sotto il fibroma, presa maggiormente dalla neoformazione, non mostrava alcun limite netto tra essa e la muscolare, imperocchè il tessuto di neoformazione si affondava in quest'ultima irregolarmente.

Dalle porzioni profonde, non ancora colpite dalla neoformazione, si ha l'apparenza, come se salissero verso la superficie dei robusti fasci di connettivo e di fibre muscolari, e dopo un certo tratto di decorso rettilineo si dividono in molti fasci o trabecole minori; i due lati delle singole trabecole sono rivestite da epitelio cilindrico, che inferiormente forma un fondo cieco glandolare, e dove questo manca vi è ammasso di cellule epitelioidi disposti a gruppi, circondati più o meno completamente da un sottile strato di connettivo.

Intorno al cul di sacco glandolare vi è infiltrazione parvicellulare, che si diffonde profondamente nella muscolare.

La massa principale della neoformazione è formata da tali alveoli cancerigni.

d) La mucosa del collo mostra pure degenerazione cancerigna iniziale.

Diagnosi: Cancro diffuso della mucosa del corpo.

Osservazione V.

F. G. d'anni 38, nubile, casalinga. È stata già ricoverata nella nostra clinica il 24 novembre 1891 per fibromi multipli dell'utero e della parete vaginale posteriore. Allora furono snucleati tre nodi fibrosi dalla parete vaginale posteriore e due grosse masse fibromatose impiantate sulla parete latero-posteriore sinistra dell' utero. Uscì apparentemente guarita il 17 gennaio 1892. Ma dopo un certo lasso di tempo le sue mestruazioni assunsero il tipo di menorragie e comparì un leggero scolo leucorroico; avvertiva pure dolori lombari, che si accentuavano quando lavorava.

Donna normalmente costituita. Utero del volume di una testa di feto, a contorno irregolare, più sviluppato a sinistra; di consistenza dura, inelastica, indolente; legamento largo sinistro sdoppiato in parte per la massa morbosa.

Diagnosi preoperatoria: Fibroma intramurale dell'utero, con tendenza a farsi cavitario.

Laparotomia: Asportazione totale dell' utero previa legatura delle arterie uterine e distacco del collo per via vaginale. Guarigione.

L'utero è grosso quanto una testa di feto a termine; sul fondo sonvi due fibromi sottosierosi peduncolati grossi quanto un uovo di pollo. Un terzo fibroma sottosieroso peduncolato, del volume di una piccola noce sta sulla parete antero-superiore dell'utero. Ovaie due volte più grosse del normale, con numerose e piccole cisti.

Aperta la cavità uterina con un taglio longitudinale sulla parete antero-laterale destra, si notano la parete anteriore dell'utero spessa circa due centimetri e la cavità deformata per un grande tumore occupante tutta la parete posteriore, tumore che è un fibroma interstiziale grosso quanto un grosso pugno.

La mucosa rivestente il tumore è sottile e liscia; quella della parete opposta, grossa da due a tre millimetri, è molle, con numerose chiazze sanguigne. Nella porzione di mucosa che si ripiega sul tumore trovasi un piccolo polipo fibroso, grosso quanto un fagiuolo.

La grossa massa fibromatosa è così fittamente aderente al parenchima uterino da non potersi snucleare se non in limitatissima parte e con molta forza.

Esame microscopico della mucosa. La porzione di mucosa che sta rimpetto al fibroma nonchè quella rivestente il piccolo polipo fibroso, mostra tutti i caratteri di una iperplasia dello stroma interglandolare, con piccola o nessuna partecipazione delle glandole. Queste mostransi di volume e numero presso a poco normali; sezionate in vario senso, a gruppi o isolate, non mostrano la forma a cavaturaccioli, cioè sono poco tortuose; il loro lume però va restringendosi verso la superficie. L'epitelio di rivestimento delle glandole è perfettamente conservato, e di aspetto normale; qua e là gli strati appariscono multipli, per la obliquità della sezione.

Lo stroma interglandolare, il quale offre le particolarità più specialmente degne di nota, è formato in massima parte da corpuscoli connettivali, disposti senza ordine speciale, a fasci più o meno compatti, formanti cellule con nucleo piuttosto grosso, circondato da protoplasma piuttosto scarso, fusiformi, inframmezzate da corpuscoli linfoidi, piccoli, i quali in qualche punto della mucosa, ora verso la superficie, ora più profondamente formano dei cumuli rotondi abbastanza considerevoli.

Verso la superficie della mucosa le cellule connettivali mostransi più addensate ed in mezzo ad esse esistono dei piccoli stravasi di sangue.

I vasi sanguigni sono bensì scarsi, ma ampi e pieni di corpuscoli rossi; essi con le loro ramificazioni percorrono in vario senso la mucosa mantenendo però, principalmente, la direzione longitudinale.

Molte sezioni glandolari si vedono penetrare anche nella muscolare, ma poco profondamente; qui esse sono circondate da fasci di connettivo, fibroso, e da innumerevoli corpuscoli rotondi; il limite stesso tra mucosa e muscolare è molto indistinto, perchè il connettivo tra i fasci di quest'ultima sale verso la mucosa e passa poi gradatamente nel tessuto interglandolare descritto. Presso questo limite i vasi sono più scarsi e più stretti che nelle porzioni superiori della mucosa.

La mucosa che sta al di sopra del fibroma e che già macroscopicamente mostravasi più sottile e liscia è affetta da endometrite interstiziale.

Le glandole esistono sotto forma di fessure, strette, allungate, circondate da spessi fasci di connettivo, prive affatto del loro epitelio o aventi ancora qualche residuo del medesimo in forma di cellule basse, cubiche o appiattite, con il loro nucleo inalterato.

Verso la superficie della mucosa lo stroma è esclusivamente formato da corpuscoli linfoidi, innumerevoli, sparsi in mezzo a fasci di cellule connettivali, i quali ultimi sono disposti parallelamente alla superficie, immediatamente al disotto di questa, e in vari sensi più profondamente. Mano mano che si scende nelle porzioni inferiori, diminuiscono di numero i corpuscoli linfoidi ed il connettivo prende il sopravvento. Notansi qui molto nettamente quelle cellule fusiformi, piccole, a nucleo relativamente grosso, ritenute da qualcuno come cellule deciduali, da

altri, come elementi sarcomatosi; più in sotto certe cellule sono inframmezzate da fibre connettivali e da fibro-cellule muscolari.

Diagnosi: Endometrite interstiziale sopra il fibroma, ipertrofia dello stroma interglandolare rimpetto al medesimo.

Osservazione VI.

G. M. d'anni 35, maritata. Mestruò per la prima volta a 13 anni regolarmente; mestruazioni successive pure regolari. A 19 anni, poco dopo maritata, ebbe le prime emorragie di poca entità, indi soppressione mestruale per tre mesi. Ebbe cinque gravidanze portate a termine con parti e puerperi normali. Un anno e mezzo fa la paziente cominciò ad avvertire dolori gravativi sacro-lombari e soprapubici; poco dopo ebbe metrorragie considerevoli, che resero la donna fortemente anemica.

All'addome si nota una tumefazione che occupa tutto il quadrante inferiore di destra ed un poco anche quello di sinistra; questa massa è dura, mobile in tutti i sensi, indolente al tatto.

Collo uterino corto, rivolto posteriormente; il corpo forma un tutt'uno colla massa accennata, che pare occupi la parete anteriore dell'utero; poco muco cola dal muso di tinca. Cavità dell'utero lunga 13 centimetri con asse rivolto in avanti.

Diagnosi: Fibroma interstiziale della parete antero-laterale destra dell'utero.

23 Aprile 1894. Colpo-laparo-isterectomia. Si allacciano le arterie uterine e si staccano i fornici dal collo, per via vaginale, indi per l'addome si asporta tutto l'utero. Guarigione.

L'utero asportato è del volume di una testa di feto a termine; superficie esterna liscia. Aperto l'utero con un taglio mediano longitudinale sulla parete anteriore si trova quest' ultima spessa 3 centimetri e mezzo, con forte iperplasia del parenchima uterino. La cavità uterina è deformata per una forte sporgenza della parete postero-laterale destra; in essa trovasi un fibroma del volume di un grosso pugno, che si può facilmente e completamente sgusciare; il fibroma è piuttosto molle e sulla superficie del taglio mostra la struttura fibrosa, a superficie ineguale, per innumerevoli e piccoli rilievi; su questa corrono infiniti vasellini che le danno un colorito roseo.

La mucosa del corpo, rosea, è molto più spessa sulla parete anteriore, cioè di faccia al tumore, che su quella rivestente quest' ultimo; qui essa è sottilissima, e la parete stessa che ricopre il fibroma è tanto assottigliata, che a prima vista sembra mancare. La mucosa offre numerose pieghe e verso il mezzo della parete anteriore essa porta due polipi mucosi della grossezza di un cece. La mucosa del collo è normale all'aspetto.

Esame microscopico della mucosa. — Non occorre che io mi fermi a lungo a descrivere la mucosa che stava rimpetto al fibroma, perchè essa presentava nè più, nè meno, che i caratteri di una ipertrofia glandolare con secondaria partecipazione del connettivo interglandolare, il quale, tolta una leggera infiltrazione parvicellulare negli strati superiori, e le cellule sunnotate già più volte, non offriva nulla di specialmente interessante.

Al di sopra del fibroma invece, le alterazioni erano più notevoli. La mucosa è più spessa di quello che sembri a prima vista, affetta da enorme iperplasia del tessuto interglandolare, con sviluppo abbondantissimo delle cellule connettivali fusiformi, e quasi assoluta mancanza di glandole. Queste sono scarsissime, sezionate obliquamente e per trasverso isolate, se ne trovano indifferentemente verso la superficie, nelle porzioni profonde della mucosa, sparse qua e là senza ordine in mezzo al tessuto connettivale; tutte col loro epitelio bene conservato; le più superficiali anzi mostrano delle digitazioni nell'interno del loro lume. Poche hanno perduto il loro epitelio, ed altre ne conservano una traccia sotto forma di cellule molto appiattite. Esse sono in genere più strette del normale.

Le cellule che compongono lo stroma interglandolare non hanno una disposizione ordinata, ma corrono in vari sensi; in mezzo ad essi esistono scarsi corpuscoli linfoidi, che or qua or là si accumulano in piccoli gruppi.

I vasi sanguigni sono in genere molto scarsi e a parete non ispessita.

Nelle porzioni limitrofe alla muscolare, le cellule connettivali sono inframmezzate a fasci di connettivo fibrillare e a fibre muscolari.

Diagnosi: Iperplasia glandolare con secondaria partecipazione del tessuto interglandolare, rimpetto al fibroma; iperplasia connettivale al di sopra del fibroma.

Osservazione VII.

M. S. d'anni 42, maritata. Ebbe 7 gravidanze, 4 a termine e 3 abortive. Ebbe le mestruazioni regolari fino a 18 mesi fa, quando comparvero delle metrorragie anche 2 volte al mese, accompagnate sempre da fortissimi dolori al basso ventre. Questi sintomi continuarono così a malgrado delle più svariate cure, e duravano ancora al suo ingresso: 8 maggio 1894.

Esame locale: Utero duro, in sede presso a poco normale, ingrossato del doppio; con fibroma interstiziale del labbro anteriore e fibromi interstiziali multipli del corpo. 10 Maggio 1894, colpo-isterectomia. Guarigione.

Utero grosso 2 volte il normale, con allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo; di consistenza generalmente dura. Superficie esterna liscia. Lunghezza dell'utero 13 cm., cavità 10,8 cm. Aperto l'utero con un taglio laterale sinistro, le sue pareti appariscono ispessite, più verso il fondo (2 1|2 cm.). Nella porzione vaginale del collo, si notano circa 10 cisti di varia grossezza; le più grosse, come un cece. La mucosa del corpo, spessa quasi 1 cm. in tutta la cavità, è cosparsa di grandi chiazze sanguigne, molle al tatto. La mucosa del collo è pressochè normale, bianca, non ispessita; albero della vita poco alterato.

Sezionando in vari sensi il parenchima si notano innumerevoli noduli fibrosi, più o meno grandi, qualcuno passato già allo stato di vero fibroma incapsulato. Posteriormente al fondo, questa degenerazione fibrosa è meno spiccata, quindi anche la consistenza è meno dura. Le arterie che attraversano il parenchima uterino sono molto grosse, specialmente vicino ai noduli fibrosi.

Diagnosi post-operatoria: Miomatosi totale dell'utero con piccoli fibromi interstiziali. Degenerazione cistica delle glandole del collo.

Esame microscopico della mucosa. — Esaminata in svariatissimi punti, la mucosa mostravasi dappertutto egualmente alterata. La parte principale costituente la mucosa era formata dal tessuto interglandolare, enormemente iperplasizzato, con cellule connettivali che offrivano le stesse caratteristiche di quelle descritte già più volte, con leggera infiltrazione infiammatoria verso il limite colla muscolare. I vasi sono pochi, contenenti poco sangue.

Le glandole quantunque non aumentate di numero, mostrano delle notevoli alterazioni. Riguardo alla forma, esse sono molto tortuose, specialmente negli strati inferiori; qualcuna compressa, qualcuna cisticamente dilatata, tutte col loro epitelio benissimo conservato, ma non in tutte egualmente alto, quantunque conservasse sempre la forma cilindrica. Nelle glandole cistiche naturalmente esso era cubico.

Le glandole stesse penetrarono abbastanza profondamente nella muscolare. In un punto solo della mucosa, e precisamente verso il fondo, ho potuto osservare una speciale alterazione nelle glandole, alterazione che a primo acchito fa andare la mente ad una alterazione maligna incipiente.

Un gruppo di lumi glandolari, per introflessioni speciali delle loro pareti, coperte dell'epitelio, hanno perduto l'apparenza di vere glandole, ed hanno invece acquistato quella dei « vermi di terra » di Schroeder, caratteristica per l'adenoma maligno.

Diagnosi: Iperplasia del connettivo interglandolare, con leggiera infiltrazione infiammatoria, e probabile incipiente degenerazione maligna adenomatosa.

Dando uno sguardo riassuntivo ai casi suddescritti, ne risulta che in 5, si è trovato una iperplasia, sia glandolare, sia interstiziale della mucosa, e precisamente queste alterazioni si trovarono o ugualmente diffuse su tutta la cavità uterina, in casi dove questa non veniva deformata per i tumori intramurali (Oss. I, II e VII), ovvero, in casi di fibromi piuttosto voluminosi, si videro prevalere o l'una o l'altra di esse, a seconda dei punti osservati, e così esisteva in un caso (Oss. V) una vera endometrite interstiziale nella mucosa che rivestiva il tumore, ed una iperplasia prevalentemente connettivale rimpetto al medesimo; in un altro caso invece (Oss. VI) al disopra del fibroma si aveva una iperplasia connettivale, e dirimpetto una iperplasia glandolare.

Notiamo inoltre come in quasi tutti i casi esisteva qualche segno di leggera infiltrazione infiammatoria, la quale in un caso soltanto è andata tanto oltre da dominare il campo di ricerca.

I due casi con cancro del corpo (Oss. III e IV) verranno discussi a parte; diremo qui soltanto che non offrivano gran fatto differenze l'uno dall'altro, sia per l'aspetto macroscopico, che per i risultati dell'esame istologico.

Da ultimo diremo come i sospetti di degenerazione maligna della mucosa nei casi I e VII ci sieno dati soltanto da alterazioni delle glandole, ma che probabilmente non sarà che una speciale forma di iperplasia glandolare.

B. **Fibromi sottomucosi.**

Osservazione VIII.

Nel caso che sto per descrivere si è esaminata la mucosa due volte, e così agevolmente si è potuto vedere quali modificazioni essa subisca in casi di fibromi interstiziali i quali a poco a poco si fanno sottomucosi.

Trattavasi di una signora di 40 anni, la quale già da molto tempo soffriva di dolori alla regione soprapubica ed ai lombi, e menorragie abbondanti.

Consultato il prof. Chiarleoni egli fa diagnosi di fibroma interstiziale del fondo dell'utero, della grandezza di una piccola mela, con tendenza a scendere e rendersi sottomucoso. Proposto in primo tempo il raschia-

mento, per frenare le emorragie, salvo a ricorrere in secondo tempo a qualche atto operativo più importante, esso fu accettato, e la mucosa così esportata fu sottoposta ad accurato esame.

Ma le emorragie ed i dolori persistevano; la signora dopo qualche tempo avvertì un corpo estraneo in vagina, che essa ritenne essere l'utero prolassato. Visitata nuovamente l'inferma si trova, impiantato al fondo dell'utero, un polipo fibroso, che riempiva tutta la cavità uterina, e che tendeva già a venire partorito in vagina. Dopo due mesi dalla prima operazione si esporta il fibroma con taglio del peduncolo e la signora guarisce completamente. Il fibroma era del volume di una piccola mela, irregolarmente sferico, coperto di una mucosa rosea, liscia e sottile, la quale fu anche sottoposta all'esame microscopico.

a) *Mucosa tolta col raschiamento.* — Essa offre delle alterazioni non molto notevoli. L'epitelio di rivestimento esiste, normalmente costituito, privo delle ciglia vibratili.

Le glandole, più che di numero sono aumentate di volume; col fatto esse sono allargate e tortuose, separate le une dalle altre soltanto da sottilissimi tramezzi di tessuto interglandolare. Del loro epitelio possiamo dire che sia normale, per forma e disposizione delle cellule, le quali hanno i loro nuclei ben conservati; solamente, in molte glandole esso trovasi addirittura staccato dalla sua membrana basale, e nel lume glandolare esso segue esattamente la forma di quest'ultimo. In molte il tratto terminale è obliquo, in modo da essere quasi parallelo alla superficie libera della mucosa, allungato e un poco compresso; di queste molte sono senza epitelio. Nelle glandole, dove esistono delle vegetazioni, l'epitelio che le ricopre sembra a doppio strato.

Lo stroma interglandolare è formato esclusivamente da connettivo giovane, compatto, disposto in fasci bene distinti intorno alle glandole; là dove queste mancano esso è composto da cellule connettivali fusiformi, e corpuscoli rotondi, inframezzate a connettivo fibrillare.

I vasi sanguigni, circondati anch'essi da fasci di connettivo fibrillare, sono numerosi e bene sviluppati; il loro lume però mostrasi sempre vuoto, nè intorno ad essi vi è infiltrazione parvicellulare; essi di solito accompagnano le glandole; ma là dove queste sono più scarse essi trovansi in numero maggiore e vicinissimi gli uni agli altri.

Diagnosi: Iperplasia glandolare e connettivale.

b) *Mucosa al di sopra del fibroma peduncolato.* — Essa è uniformemente alterata su tutta la superficie del fibroma peduncolato, spessa da 1-2 mm., liscia, senza vegetazioni di sorta, bene distinguibile dal tessuto sottostante anche ad occhio nudo. L'epitélio di rivestimento manca del tutto, così pure quello delle glandole, le quali sono ridotte in forma di fessure strette, di varia lunghezza e con varia direzione.

Pure, negli strati profondi esiste qualche raro lume glandolare, il

quale mostra ancora un epitelio, ma molto alterato, basso, nel quale si distinguono bene soltanto i nuclei.

Tutto il resto della mucosa è formato da connettivo con numerosi corpuscoli linfoidi, e negli strati superiori, le fibre sono disposte parallelamente alla superficie libera della mucosa, profondamente il connettivo è disposto in robusti fasci di fibre ed i corpuscoli rotondi sono diminuiti.

I vasi sanguigni sono scarsi, a lume stretto, vuoti e circondati da fasci circolari di connettivo.

Diagnosi: Endometrite interstiziale con atrofia delle glandole.

Osservazione IX.

G. L. d'anni 47, maritata, attendente a casa. Mestruata la prima volta a 16 anni, le mestruazioni si mantennero regolari sempre fino a 6 anni fa, quando, al dire della donna, dopo un forte spavento fu colta da abbondantissima emorragia della durata di un giorno; ad ogni epoca mestruale lo scolo di sangue era anche molto abbondante. Da un anno e mezzo a questa parte, lo scolo sanguigno, in quantità ora più, ora meno abbondante, si è fatto quasi continuo, sì da rendere la donna in alto grado anemica. Nel settembre del 93 presentatasi al nostro ambulatorio le fu asportato un polipo fibroso della grossezza di un uovo di gallina, a peduncolo piuttosto corto e grosso, impiantato sulla parete postero-superiore del corpo dell'utero e che cominciava a sporgere in vagina.

Le emorragie continuando, ma in grado minore, fu accettata in clinica, dove con un accurato esame abbiamo potuto constatare: Corpo dell'utero in retroposizione, poco mobile; però insistendo si può rialzare e in modo da riconoscere libera la sacca mediana del Douglas e rilevare che il volume del corpo è pressochè doppio del normale, a contorno non alterato, di consistenza duro-fibrosa, indolente. Ectropion per lacerazione bilaterale del muso di tinca, piccolo fibroma interstiziale nel labbro posteriore. Annessi di sinistra alterati nel loro volume e fissi alla parete pelvica corrispondente; quelli di destra sani. Raschiamento e amputazione alla Schroeder del collo (1 febbraio 1894).

Esame microscopico della mucosa sul fibroma peduncolato. — La mucosa è spessa qualche millimetro, e benchè in massima offra alterazioni identiche su tutta la superficie del fibroma, pure avvi qualche differenza a seconda delle varie porzioni del tumore.

La differenza massima sta nell'epitelio di rivestimento, che nella porzione media e superiore manca del tutto, mentre nella inferiore esso ha cambiato totalmente l'aspetto normale. Esso è un epitelio pavimentoso stratificato, e a prima vista lo si direbbe del muso di tinca, poichè

il chorion ha le sue papille, le quali se sezionate obliquamente, danno l'aspetto all'epitelio, fra una papilla e l'altra, di cumuli di varia grandezza, completamente circondati da tessuto connettivo. Questo epitelio stratificato non è dapertutto ugualmente spesso, anzi qua e colà essó è sottilissimo e formato appena da due o tre strati di cellule epiteliali, non molto grandi, con nucleo ben distinto; naturalmente il primo strato è a cellule quasi cilindriche.

Non si può bene e da per tutto distinguere un limite netto tra questi strati cellulari ed il connettivo sottostante, distinto soltanto per la colorazione più debole e per la poca compattezza del tessuto; pare per lo più, che le cellule del connettivo (le quali qui più che altrove potrebbero paragonarsi alle deciduali), si continuino fino negli strati più profondi dell'epitelio di rivestimento; in pochi punti invece, quest'epitelio possiede un limite inferiore netto, senza che appaia un vero tessuto di sostegno delle cellule.

Queste sono molto grandi, con nucleo grosso e ben colorato, poligonali. Le cellule di connettivo che, come sopra si è detto, sembrano fare diretta continuazione con gli strati epiteliali, sono anch'esse grandi con nucleo grosso e colorato, ma polimorfe, e mano mano che si scende nelle porzioni più profonde della mucosa, esse si fanno più piccole, fino a rimanere sotto forma di cellule con nucleo relativamente grosso e pochissimo protoplasma. In vari punti dell'epitelio, e quasi immediatamente sotto la superficie libera di esso, le cellule lasciano degli spazi liberi, di varia grandezza, di forma circolare, bene delimitati, che potrebbero essere dei capillari sanguigni.

Nei numerosi preparati della mucosa, se pure vi sono delle notevoli differenze nel tessuto interglandolare, si vede come l'elemento glandolare abbia da per tutto la stessa disposizione; le sezioni delle glandole sono scarse, anzi rare addirittura; per lo più isolate, separate l'una dall'altra da abbondante tessuto interglandolare, esse sono in massima parte circolari, poche oblique; meno qualcuna che mostrasi compressa, esse conservano la loro larghezza normale; altre, rare, sono cisticamente dilatate, ed in queste l'epitelio è basso, cubico, in qualcuna addirittura appiattito; mentre nelle altre esso è di altezza normale, ma affetto da degenerazione idropica.

Lo stroma interglandolare offre molteplici caratteristiche degne di nota, a seconda dei vari punti esaminati. Là dove esso è coperto alla superficie dall'epitelio piatto stratificato, esso è formato da cellule di connettivo, con nucleo grosso e protoplasma, relativamente scarso, inframezzate da fine e scarse fibrille, e superiormente sembra confondersi con le cellule dell'epitelio. Esso possiede numerosi e piccoli capillari sanguigni, contenenti o non del sangue sparsi per tutta la mucosa. Le fibrille connettivali, hanno una direzione longitudinale, e mano mano che

si scende verso la capsula propria del tumore esse si fanno più numerose e robuste e formano pressochè da sole il tessuto interstiziale. Esistono negli strati inferiori una leggera infiltrazione parvicellulare e dei piccoli stravasi sanguigni che s'infiltrano nel circostante tessuto connettivo. In altri punti della mucosa si hanno delle imagini del tutto differenti: epitelio di rivestimento mancante, le glandole mantengono in parte i caratteri di quelle suddescritte, in parte mancano del loro epitelio, il quale in qualcuna è ridotto a poco detrito dimorante nel lume della glandola, più o meno compresso.

Ma la caratteristica che più fa rivolgere l'attenzione su di sè è la disposizione del tessuto interglandolare. Esso può nettamente distinguersi in due zone, una superiore, larga pochi decimi di millimetro, di tessuto non molto compatto e per la quale vale la descrizione data del tratto di mucosa che immediatamente seguiva l'epitelio stratificato, l'altra inferiore, che forma il rimanente della mucosa separata dalla prima da una linea di tessuto fibroso compatto, stretto, intensamente colorato, al quale fa seguito il connettivo disposto in fasci longitudinali, inframmezzato nelle porzioni più alte da cellule connettivali; i fasci longitudinali non sono compatti, ma anzi molto lassi, e danno l'apparenza di lunghe fibre o fasci di fibre riuniti tra loro da altre fibrille orizzontali od oblique, in modo da formare un reticolo a maglie di varia larghezza, con prevalenza dei fasci longitudinali. Le maglie sono piene zeppe di corpuscoli rossi, così pure gli scarsi vasi che in questo tessuto decorrono. In esso esistono le glandole di cui si è fatto cenno sopra, intorno alle quali il connettivo si dispone in fasci circolari senza variare nella sua compattezza o costituzione.

Diagnosi: Iperplasia del connettivo interglandolare con abbondante stravaso di sangue. Incipiente endometrite interstiziale.

Osservazione X.

Riferisco la relazione che il prof. Chiarleoni dà di questo caso nel suo rendiconto (1).

« B. M. d'anni 42. Prolasso completo dell'utero. Addì 16 giugno 1891 « viene operata di colporrafia mediana (Lefort) e perineo-plastica. De- « corso post-operatorio regolare fino al 10.° giorno, indi tenesmo vesci- « cale incessante. In 14.ª giornata ricaduta dell'utero, spinto fuori da vio- « lenti premiti. Si procede allora alla colpo-isterectomia. Indi trovato

(1) Loco citato, pag. 16.

« un calcolo in vescica si procede alla cistotomia e la donna guarisce « completamente. »

L'utero estirpato somiglia grossolanamente ad una clessidra, per enorme prolungamento ipertrofico della porzione sopravaginale; al confine tra corpo e collo esso è ristretto e grosso appena quanto un pollice. L'orificio esterno, con lacerazione bilaterale mostrasi beante e la mucosa delle labbra si è già corneificata.

Aperta la cavità dell'utero, le pareti del corpo apparirono spesse circa 1 1[2 mm., un po' più grosse ai corni, con parenchima macroscopicamente normale. La cavità non è ingrandita e la mucosa che la riveste è liscia e dello spessore di 2 mm. circa.

Nel punto corrispondente al restringimento e precisamente cominciando verso la metà del terzo inferiore della cavità del corpo, trovasi impiantato sulla parete antero-laterale destra un piccolo fibroma sottomucoso della grossezza di una nocciola, che ostruisce completamente il canale utero-cervicale e sposta verso sinistra, cosichè riesce quasi impossibile passarvi attraverso con una sottile sonda. Aprendo dall'esterno questo canale, esso viene in parte spogliato della sua mucosa, perchè il tumore s'infossa per breve tratto, nella parete opposta.

La mucosa al di sopra del fibroma è liscia, con qualche piega longitudinale, e spessa qualche millimetro. Le pareti della porzione cervicale, sono più sottili di quelle del corpo, molli e flosce, la mucosa molteplicemente anfrattuosa è più spessa 3 mm.).

Esame microscopico della mucosa. — *a*) Il breve tratto di mucosa che stava al di sopra del tumoretto, mostra tutti i caratteri di una endometrite interstiziale con atrofia dell'elemento glandolare. E col fatto le glandole, scarse, sparse qua e là in mezzo allo stroma connettivale, sotto forma di fessure più o meno lunghe, più o meno ristrette, sono prive affatto del loro rivestimento epiteliale, circondate da fasci circolari di connettivo.

L'epitelio di rivestimento della superficie libera della mucosa è anche in massima parte sfaldato, pure per brevi tratti è ancora conservato; esso presenta delle piccolissime digitazioni connettivali, rivestite da poche cellule epiteliali, che conservano ancora la loro forma cilindrica, ma sono prive delle ciglia vibratili.

Lo stroma interglandolare, molto sviluppato, è formato esclusivamente da connettivo compatto, a fasci che si intrecciano variamente fra di loro, inframezzati da numerosissime cellule connettivali fusiformi, le quali arrivano fino immediatamente sotto la superficie libera; questo tessuto non è bene distinto dalla sottostante muscolare; perchè il connettivo ed i corpuscoli linfoidi che vi si notano, vi fanno strada anche tra i fasci muscolari, arrivando abbastanza profondamente nella muscolare.

I capillari sanguigni non sono ugualmente distribuiti per tutta la mucosa; là dove sono scarsi, appariscono sezionati per trasverso; là dove sono numerosi sono sezionati in senso longitudinale ed obliquo, sì da mostrare perfettamente anche le loro divisioni. Essi sono strettissimi, e a parete molto ingrossata; la loro direzione è per lo più perpendicolare alla superficie libera della mucosa.

b) La mucosa dirimpetto al tumore, sulla quale questo esercitava già una considerevole compressione, è affetta anche da atrofia dell'elemento glandolare, e lo sviluppo del connettivo è molto più accentuato. Invero le glandole sono ridotte a fessure lunghe e strettissime, decorrenti per lo più parallelamente alla superficie libera della mucosa, sulla quale non vi è traccia di epitelio; tortuose, senza rivestimento epiteliale, scarse.

Lo stroma interglandolare è formato da connettivo giovane, lasso, ricco di corpuscoli linfoidi, e da connettivo già ben formato. Si può dire che queste due varietà di connettivo si alternino, cioè lo strato superiore è formato dal connettivo giovane summenzionato, nel quale decorrono le glandole; segue uno straterello di fasci connettivali trasversalmente diretti, dopo il quale seguono con minore regolarità di alternativa, altri due o tre strati di connettivo, privi di glandole e ricchi di vasi sezionati in varie direzioni. La mucosa del corpo e del collo non mostransi gran fatto alterate.

Diagnosi: Endometrite interstiziale con atrofia delle glandole.

Osservazione XI.

C. S. d'anni 44, maritata. Si presentò al nostro ambulatorio il giorno 15 del mese di maggio u. s. per gravi emorragie che la tormentano già da molto tempo. Esaminatala si trovò un polipo fibroso, del volume di un piccolo uovo di pollo, disceso nella cavità cervicale. Questo viene estirpato per torsione, e così si poterono constatare le condizioni dell'utero, il quale è un po' più voluminoso del normale, duro, mobile in tutti i sensi, con un piccolo fibroma interstiziale nella parete anteriore. Dovendo ritornare immediatamente al suo paese, la donna non ha potuto essere sottoposta a nessun altro metodo di cura; quindi abbiamo potuto approfittare per il nostro studio, soltanto del fibroma peduncolato.

La mucosa sul medesimo è liscia e sottile, rosea e coperta da piccole chiazze sanguigne.

L'esame microscopico di essa ha qualche punto di rassomiglianza con quello della precedente, quindi ci limiteremo nella descrizione.

Le glandole sono scarsissime, prive di epitelio o con una piccola traccia, in molte la parete è distrutta ed il lume invaso dallo stroma interstiziale.

La mucosa stessa è più spessa di quello che non sembri a prima vista, e a qualche decimo di millimetro della superficie libera, essa sembra anche divisa in due porzioni, da uno strato piuttosto sottile di cellule connettivali, molto fortemente colorato; è appunto sotto questa linea che si trovano le glandole.

Tutto il tessuto interglandolare, che qui costituisce esclusivamente la mucosa, è formato da numerosi fasci di connettivo, che la percorrono in tutti i sensi, con cellule fusiformi a grosso nucleo e scarso protoplasma, inframezzati da una considerevole infiltrazione parvicellulare; per la porzione superiore, sembra che i fasci principali di connettivo derivino dalla linea di separazione.

L'aspetto è uguale tanto sopra che sotto questa linea; però sotto si notano degli stravasi sanguigni che disgregano per un certo grado le cellule.

I vasi sono scarsi, ma ampi e dilalati e non arrivano fino sotto la superficie, bensì si tengono per lo più nelle sezioni inferiori della mucosa. Essi sono pieni di corpuscoli rossi.

Diagnosi: Endometrite interstiziale, con atrofia delle glandole.

Osservazione XII.

Trattasi ancora qui di un piccolo fibroma peduncolato estirpato nell'ambulatorio ad una donna di 36 anni, la quale da molto tempo soffriva di emorragie abbastanza gravi. Anche qui per ragioni speciali la cura si è limitata soltanto alla asportazione del polipo fibroso.

La mucosa però non offriva l'immagine dell'atrofia glandolare tanto avanzata, come negli analoghi casi precedenti; anzi le glandole sono bene conservate, ma scarse, poco tortuose, allungate, con epitelio normale.

Il tessuto interglandolare presentasi formato soltanto da numerosissime cellule connettivali, in mezzo alle quali esistono degli stravasi sanguigni grandi, e discreta infiltrazione parvicellulare.

Vasi scarsi non aumentati di volume.

Diagnosi: Iperplasia dello stroma interglandolare, con incipiente infiltrazione infiammatoria.

Ho creduto opportuno prendere come esempio di fibromi sottomucosi, i fibromi peduncolati, come quelli che meglio di ogni altro potevano dare una esatta idea delle alterazioni alle quali la mucosa immediatamente soprastante al tumore va soggetta. E col fatto un fibroma sottomucoso, abbia esso un punto d'impianto largo o sia peducolato, produrrà nella mucosa sempre le stesse modificazioni, le quali dipendono in parte dalla

compressione che il tumore esercita sulla medesima, in parte dalla compressione che vi esercitano le pareti dell'utero, foggiando questo la sua cavità esattamente alla forma del tumore in essa contenuto. E che le alterazioni della mucosa nei fibromi sottomucosi propriamente detti e in quelli peduncolati sieno le stesse, lo vediamo dall'esame dei nostri casi, dove il reperto microscopico è stato uguale tanto sulla mucosa rivestente un fibroma sottomucoso che per metà faceva sporgenza nella cavità uterina (Oss. X) quanto anche su quella dei fibromi peduncolati (Oss. VIII, IX, XI). In un caso soltanto (Oss. XII) il reperto microscopico differiva dagli altri; ma di questo si terrà parola in seguito. Come abbiamo potuto constatare dai nostri casi, un processo infiammatorio si trova più facilmente nella mucosa su questi tumori, anzichè su altri, e col fatto, in tutti abbiamo potuto formulare la diagnosi di endometrite interstiziale o di incipiente infiltrazione infiammatoria.

C. **Fibromi sottosierosi.**

Osservazione XIII.

M. M. d'anni 45, vedova, cameriera. Mestruata regolarmente la prima volta a 15 anni, i catameni furono sempre normali per ricorrenza, quantità e qualità del sangue mestruato; ciò fino ad 8 anni addietro, quando divennero irregolari, specialmente in quanto ai periodi. Nel settembre 1892 la mestruazione assumeva la forma di vera metrorragia, che si ripeteva ogni 15 giorni, accompagnata da dolori fortissimi nella regione dei lombi e soprapubica, dolori che continuavano anche nei periodi intermestruali.

Dall'esame locale risulta: corpo dell'utero irregolarmente ingrossato più del doppio, duro, mobile, dolente alla pressione; collo ipertrofico e duro; parametri vuoti.

Diagnosi: Fibroma interstiziale, emorrragico dell'utero.

Colpo-isterectomia 23 febbraio 1893. Guarigione.

L'utero estirpato è due volte più grosso del normale, duro, superficie esterna liscia; sul corno di sinistra trovasi impiantato un fibroma sottosieroso della grossezza di un mandarino.

Aperto l'utero con un taglio mediano longitudinale sulla faccia anteriore, si trovano le pareti molto ingrossate e dure, formate quasi esclusivamente da fasci fibrosi intrecciantisi in tutti i sensi. La parete del

fondo ha uno spessore di 3 cent. che va gradatamente diminuendo verso la porzione inferiore del corpo. La mucosa è in gran parte coperta da sangue stravasato, poco spessa, anfrattuosa, e poco distinguibile, ad occhio nudo, dal tessuto sottostante.

Esame microscopico della mucosa. — L'epitelio di rivestimento è quasi tutto intatto; soltanto in rari punti esso è staccato; non vi sono vegetazioni di sorta. Privo delle ciglia vibratili esso è ugualmente alto dappertutto, con nuclei bene distinti.

A prima vista la mucosa appare molto più bassa di quello che non lo sia realmente; imperocchè la si può considerare costituita da due porzioni; una superiore, non ugualmente alta, anzi ondulata in modo che le ineguaglianze guardano la porzione sottostante; essa è formata quasi esclusivamente da glandole alterate. L'altra porzione è situata tra la suddescritta e la muscolare; essa è formata esclusivamente da connettivo.

Nei preparati microscopici la porzione superiore mostrasi disgregata, qua e là staccata dal tessuto sottostante o perfino mancante; ma queste alterazioni si devono attribuire sia alle manipolazioni della preparazione, sia alle manovre intrauterine fatte prima della colpo-isterectomia.

La disposizione delle glandole è degna di nota. In corrispondenza agli infossamenti della porzione superiore della mucosa, nel connettivo, le glandole sono riunite a gruppi, variamenti tortuosi, piccole e ristrette; nei punti invece dove la proliferazione connettivale ha progredito maggiormente, esse sono isolate o a gruppi di pochi, per lo più oblique, formanti un angolo molto acuto colla superficie libera della mucosa, pochissimo tortuose, allungate e con lume molto stretto. L'epitelio in tutte le glandole esiste, con cellule cilindriche, e nucleo ben distinto; non hanno però tutte la stessa altezza; esse sono staccate dalla loro membrana basale in tutto o in parte e vanno a riempire il lume glandolare in zolle di varia larghezza. Le pareti glandolari mostrano ancora rare e poco sporgenti digitazioni, coperte da epitelio.

Il limite tra le due porzioni di mucosa non è netto, bensì si vede come il connettivo della porzione inferiore, dia delle gittate, le quali penetrano nel tessuto interglandolare superiore; inoltre delle glandole, isolate o a gruppi attraversano questo limite, mantenendo sempre i suddescritti caratteri.

Lo stroma interglandolare nella porzione superiore è formato da corpuscoli rotondi e cellule fusiformi, ammassati variamente, intorno e fra le glandole, con poche fibre di connettivo lasso; le glandole esistenti verso il limite tra le due porzioni sono circondate ed accompagnate per buon tratto dai fasci connettivali che vengono dalla porzione inferiore.

Quest'ultima è esclusivamente costituita da connettivo fibrillare disposto a fasci longitudinali, in mezzo ai quali si trovano numerosi lumi glandolari ristretti, in forma di fessure, con epitelio in parte mancante,

in parte bene conservato. Queste le alterazioni che si trovano al fondo dell' utero.

Nella zona media ed inferiore di questo le glandole si mostrano meno disgregate; i lumi di esse trovansi sezionati in tutti i sensi; l'epitelio, coi caratteri suddescritti, è appena sfaldato in pochi punti. Il tessuto interglandolare è più compatto. Negli strati inferiori della mucosa le glandole sono molto scarse, e prive d'epitelio, molto ristrette.

I corpuscoli rotondi che in sì grande numero si trovavano nel tessuto interglandolare, anzi in certi punti, lo formavano addirittura, penetrano profondamente nella zona connettivale, per tratti brevi e lunghi accumulandosi specialmente intorno alle fessure glandolari ed ai vasi sanguigni. Questi, molto numerosi e con parete piuttosto spessa, attraversano la mucosa in tutti i sensi ed arrivano fino sotto all'epitelio di rivestimento della medesima.

La mucosa del collo offre delle alterazioni differenti, che risiedono specialmente nell'elemento glandolare e che probabilmente hanno poca relazione di causa con quelle della mucosa del corpo. L'epitelio di rivestimento è quasi tutto conservato. Le glandole profonde, scarse, hanno un lume irregolare, stellato, con epitelio normale; le superficiali sono quasi tutte cisticamente dilatate; alcune tanto, da essere visibili ad occhio nudo, e da formare delle vere piccole cisti mucose. L'epitelio naturalmente è cubico; in qualcuna è staccato in totalità dalla parete, in modo da formare un cerchio concentrico alla parete stessa.

Il tessuto interghiandolare è fatto da connettivo, molto lasso verso la superficie, compatto inferiormente, con graduale passaggio da una forma nell'altra. Corpuscoli rotondi numerosi esistono in mezzo ad esso ed intorno alle glandole in cumuli di varia grandezza.

Diagnosi: Iperplasia connettivale, con atrofia delle glandole ed infiltrazione infiammatoria.

Osservazione XIV.

T. G. d'anni 32, maritata. Prima mestruazione a 14 anni con dolori al basso ventre; successivamente mestruazioni scarse e sempre accompagnate da dolori.

Passata a marito a 20 anni, dopo un anno fu colta senza causa apprezzabile da una metrorragia che le durò circa un mese. Ebbe in seguito un aborto di tre mesi, dopo il quale la donna ebbe sempre a soffrire dolori al basso ventre, alle reni, cefalalgia, febbri effimere.

Dall'esame locale risulta: Collo conico, con apertura centrale puntiforme, mucosa cervicale ipertrofica, prolassata. Corpo dell'utero arrovesciato nella concavità sacrale; lateralmente a sinistra ed alquanto infe-

riormente si palpa l'ovario mobile, dolentissimo, di volume doppio del normale. L'utero si raddrizza sufficientemente.

Dopo inutili tentativi di cura medica, si decide di asportare l'ovaio prolassato; nel corso dell'operazione si trova la necessità di asportare tutto l'utero; 17. 2. 94.

Dopo aperto il fornice posteriore, mediante pinza a denti ottusi, si afferra l'ovario trascinandolo per la praticata breccia; ma in ciò fare l'ovaio si strappa in totalità. Abbenchè immediatamente non s'abbia a lamentare emorragia, siccome riesce impossibile di passare un laccio attorno il punto d'impianto dell'ovaio, temendo che in secondo tempo questa possa avverarsi, rapidamente si estirpa l'utero, provvedendo ad una completa emostasi.

L'utero è di grandezza presso a poco normale; dal centro del fondo si eleva un fibroma sottosieroso del volume di una noce, con peduncolo corto e largo; un altro piccolo fibroma sottosieroso poco più grande di un cece si trova nel mezzo della parete posteriore del corpo, ed un altro ancora, piccolo sul fondo, più indietro del primo.

La mucosa è rosea, fortemente chiazzata di sangue, grossa da 1|2 a 1 cent. con profondi solchi; quella del collo è anche spessa, ma va assottigliandosi, avvicinandosi all'orifizio esterno.

Esame microscopico della mucosa. — In tutti i punti della cavità uterina la mucosa mostra le sue glandole enormemente ipertrofizzate, imperocchè, quantunque il loro numero non sia di molto aumentato, il loro volume è straordinario; non solo esse sono anormalmente tortuose fino quasi al loro sbocco sulla superficie libera della mucosa, ma in tutta la loro lunghezza molto dilatate. L'epitelio loro, come pure quello di rivestimento esterno della mucosa, mantiensi perfettamente. Però nell'interno delle glandole esso è a due o più strati in qualche punto; mancano però vegetazioni e zolle epiteliali nel lume delle glandole.

Il limite tra mucosa e muscolare, abbastanza netto, è attraversato da qualche glandola circondata da corpuscoli linfoidi.

Lo stroma interglandolare, poco sviluppato tra le glandole, aumenta verso la superficie libera della mucosa, mantenendo i caratteri descritti nei primi casi, cioè di un ammasso di cellule fusiformi. I vasi sono in genere abbondanti.

Diagnosi. — Ipertrofia glandolare, con leggera infiltrazione parvicellulare.

Le alterazioni della mucosa che si trovarono in questi due casi di fibromi sottosierosi erano molto differenti l'una dall'altra, poichè mentre nella prima l'utero stesso essendo affetto nel suo parenchima da una

ipertrofia del connettivo, dava nella mucosa delle alterazioni inerenti specialmente nel connettivo di questa, nel secondo trattavasi specialmente di un disturbo di circolazione e di nutrizione dell'utero, attribuibile in parte alla retroflessione, in parte ai vari fibromi sottosierosi impiantati sulla sua superficie.

Nel considerare adunque i casi di fibromi sottosierosi, dobbiamo avere principale riguardo alle altre alterazioni che possono eventualmente esistere nel parenchima uterino, e che possono o alterare o mascherare il quadro delle modificazioni indotte nella mucosa per la presenza dei fibromi.

L'iperplasia connettivale con atrofia delle glandole trovata in uno e l'ipertrofia glandolare trovata nel secondo sono chiari esempi di ciò che è stato accennato.

Abbiamo veduto al principio di questa nota, come i vari osservatori che si sono occupati di questo studio sono pressochè tutti concordi nel descrivere le alterazioni riscontrate nella mucosa di uteri affetti da fibromi; i pareri però divergono nella interpretazione delle medesime e, diciamolo pure, divergono anche riguardo alla etiologia di esse. E se fino a pochi anni or sono era unanime l'opinione che le modificazioni della mucosa in questi casi dipendessero dalla presenza dei fibromi, i quali per i disturbi complessi di circolazione, di nutrizione, di funzione, di posizione, prodotti da essi nell'utero, costringessero la mucosa ad alterarsi in un modo o nell'altro, ora, secondo Uter, al quale si associa anche il Semb, dobbiamo studiare queste alterazioni nei loro effetti sul parenchima, come se fossero esse che a lungo andare danno origine ai fibromi.

È in ogni modo difficile di potere dare, in qualunque caso, una esatta spiegazione del come i fibromi possano produrre una endometrite od altra lesione nella mucosa, poichè noi troviamo (e le Oss. I.ª e XIV parlano chiaramente) dei fibromi relativamente piccoli, concomitati da una endometrite o iperplasia della mucosa che sia di alto grado; e d'altro canto esistono dei fibromi grossi i quali sono complicati da una alterazione relativamente poca intensa della mucosa. Ed è perciò che si è pensato, oltre che ad un nesso causale tra i primi e la seconda, ad una semplice concomitanza ovvero ad una dipendenza da una causa

comune a noi ancora ignota. Noi cercheremo, nel prosieguo di questo lavoro di dimostrare come veramente tra fibroma ed « endometrite da fibroma » esista un nesso causale, escludendo l'idea della concomitanza o di una causa comune.

Dall'esame dei pochi casi da me riportati, si vede come generalmente, le alterazioni della mucosa nei fibromi uterini consistano o in una atrofia della medesima o in una iperplasia, sia glandolare, sia interstiziale, sia mista; la prima si trova di solito in fibromi voluminosi, o per la loro topografia situati in modo da sformare la cavità uterina non solo, ma tali da esercitare una compressione sulla mucosa che li ricopre, fino a produrre la cosidetta atrofia da compressione (Druckatrophie-Semb). La seconda trovasi invece per lo più in fibromi più o meno voluminosi, i quali per la loro ubicazione non esercitano alcuna influenza meccanica sulla mucosa.

Prima però di entrare in discussione sulle singole forme di alterazioni, credo giusto fermarmi su di un punto molto importante ed in questi ultimi tempi molto controverso, riguardo alla natura intima delle modificazioni della mucosa; se cioè queste sono in tutti i casi infiammatorie come vogliono Wyder, v. Campe, Curatolo (1), Bierfreund (2), Elischer (3), oppure se, secondo Schmal, Doléris, Semb (4) e Treub (5), sono una semplice iperplasia senza fondo infiammatorio, e qualora questo possa venire dimostrato, esso sia un fatto secondario aggiuntosi alla alterazione preesistente; se in altri termini l'alterazione sia una endometrite vera, oppure una metrite falsa (Doléris) o una pseudo-metrite Pozzi (6).

---

(1) Loco citato.

(2) Bierfreund M. « Ueber das Verhalten des Endometriums bei Carcinoma portionis et cervicis uteri. » (Diss. Könisberg, 1891). L'A. per dimostrare, come in casi di cancro del collo e della portio, la mucosa del corpo sia affetta da endometrite e non da sarcoma, dice che ha trovato nei miomi le stesse alterazioni come in casi di cancro del collo.

(3) Elischer. « Ueber Veränderungen der Schleimhant des Uterus bei Carcinom der Portio vaginalis. » *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 22, pag. 15. Nega la natura sarcomatosa, e ammette quella cronico-infiammatoria.

(4) Loco citato.

(5) Treub cit. da Schmal, l. c. « La nature de la soi-disant endométrite hypertrophique. » (Cong. internat. de gyn. et d'obst., Bruxelles, 1892).

(6) Pozzi S. « Traité de gynécologie. » 1892, pag. 135.

Le alterazioni infiammatorie croniche dell' endometrio, sono tali da offrire dei caratteri, che nettamente possono farle differenziare da altre, che le possono simulare. Non è luogo qui di parlare delle infiammazioni acute, dovendo queste essere sempre secondarie, e non potendo un fibroma dare mai un processo acuto, a meno che esso stesso non venga acutamente alterato.

Colla scorta di osservatori, che descrissero in modo speciale questa malattia, io delineerò dapprima i caratteri di un endometrio cronicamente infiammato, ed indi ne farò il confronto con le alterazioni da me trovate.

A pag. 21 del già citato lavoro del Cornil è scritto: « Noi constatiamo in primo luogo che la mucosa è fortemente ispessita, mentre « le sue glandole sono molto ingrandite nel senso trasversale, flessuose, « allungate, estese profondamente al di là dei limiti della mucosa nel « tessuto muscolare dell' utero.

« Il significato di queste lesioni è facile a comprendersi: sotto « l'influenza della congestione e della infiammazione cronica, i vasi sono « dilatati, la circolazione e la nutrizione più attiva, le cellule del tes- « suto congiuntivo si moltiplicano e si ipertrofizzano; il tessuto fonda- « mentale o congiuntivo del chorion mucoso si ispessisce. Nello stesso « tempo le cellule epiteliali delle glandole si moltiplicano, ecc. »

Così Cornil pone le basi su cui fonda e discute la infiammazione cronica dell'endometrio, le quali basi, con l' aggiunta della cariocinesi nelle cellule delle glandole, e del passaggio di cellule linfatiche nell' interno delle glandole, delineano perfettamente i fenomeni e l' intensità della infiammazione. Mentre da un canto le alterazioni glandolari consecutive alla infiammazione, sono quelle brevemente indicate sopra, dall'altro « l'infiltrazione di cellule linfatiche migratrici e la distensione « dei vasi, sono i due fenomeni che indicano la partecipazione del tes- « suto connettivo alla infiammazione cronica della mucosa » (pag. 29).

Pure il volere fare qui una lunga discussione e una minuta diagnosi differenziale della semplice iperplasia della mucosa e della infiammazione di essa, ci porterebbe troppo in lungo e sarebbe pressochè oziosa, specialmente dopo quanto ha scritto Doléris a proposito dell'endometrio in casi di fibromi uterini. Mi basti citare qualcuna delle sue conclusioni (l. c., pag. 344): « Bisogna aggiungere alle cellule embrio-

« narie un altro segno comune a tutti i tessuti infiammati, cioè la pre-
« senza di capillari di nuova formazione, dilatazioni vascolari, trombosi
« venose. »

Heitzmann (1) citato da Doléris, fa notare come dato importante per la diagnosi dell'infiammazione, la presenza di cellule linfatiche nel tessuto interstiziale, che separa le glandole, coesistente coll'epitelio di queste ultime.

Treub (l. c.) chiama falsa la denominazione di endometrite ipertrofica, poichè nè secondo il reperto anatomico nè secondo i sintomi clinici trattasi qui di una vera infiammazione. Nè nella forma glandolare, nè in quella interstiziale si trova mai una infiltrazione di leucociti, la cui esistenza soltanto potrebbe giustificare il nome endometrite. I sintomi clinici, emorragie, dolori, sterilità e scolo acquoso non purulento, non sono quelli di una infiammazione. Quindi queste alterazioni sono una semplice ipertrofia della mucosa, causata da disturbi circolatori.

Schmal (l. c.) viene alle stesse conclusioni per riguardo alle alterazioni della mucosa nei fibromi dell'utero. Pure, vorrei fare notare, come i sintomi clinici propri del fibroma, come sterilità e scolo più o meno acquoso, non possono che con approssimazione parlare contro una infiammazione. Non parlo della sterilità, che spesso leggiamo dei casi di gravidanza in complicanza di fibromi dell'utero, ma lo scolo acquoso, se non può esistere in casi di vera endometrite glandolare, potrà mancare in casi di endometrite interstiziale, dove anzi le conseguenze della infiammazione sono giunte al più alto grado; questo tanto per dire che non sempre nelle infiammazioni dell'endometrio esiste uno scolo purulento, specialmente quando le glandole hanno subìto una avanzata atrofia. È qui il caso di dire però, che Schmal non ritiene quest'atrofia come conseguenza di una infiammazione interstiziale, non avendo mai trovato nei punti atrofici dei fasci di tratti connettivali (contrariamente a Wyder), ma che la attribuisce alla forte tensione, che il tumore esercita sulla mucosa.

Il Doléris, alla fine della descrizione microscopica dice riguardo ai sintomi clinici: « A lato della dimostrazione anatomica, viene a porsi

---

(1) Heitzmann cit. da Doléris, loco citato.

« questa nozione dominante: cioè che nell'evoluzione del neoplasma, i « sintomi della infiammazione non hanno fatto mai la loro apparizione, « nè attirata l'attenzione. » E questo è detto come conferma al reperto istologico.

Abbiamo già annunciato, come Doléris e Semb sieno d'accordo nell'affermare l'assenza di infiammazione e nel caratterizzare la lesione nei casi in questione come una semplice iperplasia; però mentre Semb crede che questa sia uno stadio precoce di un'affezione, che col sopraggiungere di una infiammazione o delle cause meccaniche di compressione porta a lungo andare ad una endometrite interstiziale, Doléris crede che vi sieno due forme distinte di alterazioni, una di natura infiammatoria infettiva, l'altra semplicemente di natura iperplastica.

Andando ora ai casi da me studiati, vediamo come i reperti sieno molto simili a quelli descritti da questi ultimi autori; però in molte osservazioni, abbiamo veduto una infiltrazione di corpuscoli bianchi, precipuo segno d'infiammazione, appena accennata; e ciò specialmente intorno ai vasi e a quelle glandole che stanno al limite tra la mucosa e la muscolare e a quelle che tendono ad approfondirsi tra i fasci di quest'ultima. Mancano però completamente i caratteri descritti da Cornil e Doléris come caratteristiche dell'endometrite, cioè i capillari neoformati e le dilatazioni vasali. Le cellule rotonde o fusiformi a grande nucleo e scarso protoplasma, che secondo la descrizione di Wyder e Curatulo sarebbero segni d'infiammazione, nel caso nostro parlano nettamente a favore di una esagerata produzione iperplastica del tessuto che normalmente esiste fra le glandole, nelle quali si può vedere tanto una ipertrofia, che una iperplasia.

Secondo Semb, sarebbe questa una infiammazione che secondariamente si è prodotta in un tessuto iperplasticamente alterato; per poterla spiegare secondo il Doléris, dovremmo andare alla ricerca di una causa infettiva.

Come si possa allora ammettere una infiammazione non dipendente da causa infettiva poichè questa manca addirittura nei nostri casi, è facile il dimostrarlo. Una causa meccanica noi la potremmo facilmente escludere, per il punto d'origine della infiammazione (cioè limite tra mucosa e muscolare), punto su cui tale causa potrebbe agire, o quando il restante di mucosa fosse mancante, e quando questo fosse già flogi-

sticamente alterato. Una causa infettiva che limiti il suo modo di azione ad un breve tratto, senza estendersi, quasichè là fosse il *locus minoris resistentiae,* deve pure venire esclusa. Invero un germe potrebbe giungere fino al limite tra mucosa e muscolare o per la via sanguigna, ed allora ne sarebbe presa tutta la mucosa, o dall'esterno direttamente, ed allora il tratto soprastante di mucosa ne sarebbe ugualmente preso.

Se diamo un fuggevole sguardo alla patologia generale della ipertrofia, vediamo come essa secondo Cohnheim (1) dipenda da un aumentato afflusso di sangue, da una iperemia cioè flussionaria o infiammatoria. È evidente come un utero affetto da fibromi sia soggetto ad un considerevole disturbo della sua circolazione e quindi come si possa agevolmente ammettere una così detta flussione collaterale, la quale potrà a lungo andare produrre una ipertrofia, poichè: « possiamo ritenere come « principio generale e semplicissimo, che tutti quegli organi i cui vasi « per lungo tempo si trovano affetti da flussioni collaterali, finiscono « coll'ipertrofizzarsi. » (Cohnheim, l. c., pag. 501). Basterebbe questo a spiegare non solo la ipertrofia della mucosa in uteri affetti da fibromi sia interstiziali, sia sottosierosi o sottomucosi, ma anche in quelli affetti da fibromatosi totale, dove essendo prese tutte le arterie da una specie di ateromasia, la circolazione della mucosa viene considerevolmente alterata, anche per i disturbi generali che la enorme produzione di tessuto fibroso arreca nel parenchima uterino (2).

Tutto ciò vale ad appoggiare maggiormente l'asserzione che la proliferazione delle parti componenti la mucosa, si limita esclusivamente ad una ipertrofia o iperplasia; e per l'infiammazione a cui noi abbiamo accennato, potremmo invocare nuovamente le leggi di patologia generale, poichè « se per verificarsi una pretta ipertrofia v'ha bisogno di un ab-

---

(1) COHNHEIM. « Lezioni di patologia generale, » 1894, pag. 499.

(2) Secondo gli studi di Gottschalk (« Ueber die Histo-genese u. aetiol der Uterusmyome. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIII, H, III, pag. 534) e di Cioia (« Su alcuni reperti nei primi stadi dei fibromiomi ut. » *Gazz. Med. d. Osp.*, 1893, N. 83), l'inizio della formazione di un fibroma si ha intorno alle arterie (per la presenza di un parassita); ora in casi di fibromatosi totale dell'utero, tutte le arterie sono ingrossate e quasi ateromatiche e circondate da un nucleo più o meno grosso di tessuto fibroso. Questo fatto lo abbiamo potuto osservare chiaramente in un caso (Oss. VII) dove tutto il parenchima uterino, ingrossato ed indurito, mostrava le sezioni trasverse delle *aa* dilatate e contornate da numerosi noduli fibrosi.

« norme accrescimento di tutti i tessuti di un organo, dopo quello che « abbiamo detto, è chiaro che in base di una infiammazione cronica « possono ipertrofizzarsi solo quegli organi, nella cui composizione non « entrano altri tessuti che sostanze connettivali ed epiteli di rivesti- « mento » (1). E l'infiammazione da noi osservata potrebbe dare benissimo spiegazione della ipertrofia, qualora essa fosse diffusa per tutta la mucosa, ma la limitazione di essa è tale che non è possibile ammettere a prima giunta un nesso causale tra la medesima e la ipertrofia.

Considerando un po' più da vicino lo stato delle cose dal fatto che l'infiltrazione parvicellulare esiste segnatamente intorno alle glandole che rompono il limite tra mucosa e muscolare, non si potrebbe forse ammettere, che in questo punto l' attività di produzione sia molto accresciuta per la diversità di sustrato nel quale le glandole si sviluppano e l'attivo sviluppo delle medesime produca, direi quasi, una irritazione meccanica nel circostante tessuto, sì da provocarvi un leggierissimo grado d' infiammazione?

In un caso soltanto abbiamo (Oss. V) veduto come al disopra del tumore esistesse una vera endometrite interstiziale, con perdita quasi totale dell'epitelio di rivestimento, con sviluppo considerevole di fasci di connettivo fibroso e consecutiva atrofia delle glandole. Ciò da una parte sarebbe d' accordo coi reperti di Wyder, dall' altro potrebbe giustificare ciò che dice Semb delle infiammazioni secondarie le quali fanno retrocedere la ipertrofia. Chi dei due veramente abbia ragione è difficile il dire, ma pensando come il Wyder ammetta esclusivamente una infiammazione della mucosa, il Semb invece ammetta quest' ultima come secondaria ad una ipertrofia, ed avendo noi trovato pure quest' ultima alterazione come reperto principale e caratteristico delle mucose uterine da noi esaminate, siamo propensi ad accettare l'opinione di Semb.

Questo autore però non accenna a quali cause si debbano attribuire queste endometriti secondarie, nè secondo le attuali scarse conoscenze sulla etiologia di esse possiamo dire alcunchè di preciso, specialmente fondandoci su quanto dice Döderlein (2) al proposito; egli ammette cioè

---

(1) Cohnheim, l. c., pag. 505.

(2) Döderlein. « Ueber Endometritis. » In *Zweifel's Vorlesungen über Klinische Gynaekologie*, Berlin, 1892, pag. 421 e segg.

come causa più frequente di endometrite l'aborto, e dove questa deve venire esclusa, limita la causa batteriologica alla sola gonorrea, dando quindi maggiore peso alla opinione di Brennecke che le *iperplasie* nelle endometriti derivino dalla iperemia consecutiva a difettosa funzionalità delle ovaie; Olshausen invece e Kaltenbach vogliono annoverare « tra « le cause della irritazione che produce la congestione, anche altri stati « irritativi dell'utero, e degli annessi. » Ma avendo noi appreso dal Doléris (1) che anche in questi casi le alterazioni dell'endometrio consistono in una « fausse métrite » dobbiamo conchiudere che non siamo capaci di attribuire ad una ben determinata causa la infiammazione dell'endometrio nei nostri casi.

Vorrei fare notare come non tutti gli autori che di questo argomento si sono occupati, hanno usato una netta distinzione di linguaggio nel descrivere le alterazioni; cosa che io reputo molto necessaria, trattandosi di alterazioni, che pur essendo anatomicamente simili, differiscono molto per la etiologia e sintomatologia. Così p. e. Curatulo (l. c.) parlando prima di una endometrite interstiziale al disopra del tumore, dice poi che questa mucosa diventa atrofica per alterato circuito sanguigno, dato dalla presenza del fibroma.

Abbiamo già detto come lo Schmal (l. c.) faccia risaltare, come quest'atrofia non sia prodotta da endometrite, e siccome nostro convincimento è che in casi di fibromi la mucosa vada soltanto eccezionalmente soggetta ad infiammazione, noi potremo facilmente fare un parallelo tra l'atrofia e la ipertrofia della mucosa, senza che le cause infiammatorie c'entrino per nulla.

Mi permetto di rilevare anche, come Curatulo (l. c.) nel parlare della etiologia della endometrite glandolare da fibromi, la accenni soltanto vagamente, così dice che si tratta di « disturbi infiammatori prodotti « dallo stimolo del tumore, che agisce come corpo estraneo, causando « una abnorme condizione d'irrorazione sanguigna in tutto l'organo ed « a preferenza nell'endometrio, che sì facilmente ne risente. »

Anche noi abbiamo accennato al disturbo circolatorio come causa dell'alterazione dell'endometrio, senza ammettere i disturbi infiammatori;

---

(1) Doléris. *Nouv. Archives*, 1893.

e se l'A. cita in seguito Cornil, il quale ha visto che dei fibromi, anche i grossi e vicinissimi alla mucosa non producono sempre endometrite, ma che questa è più frequente nei miomi incipienti o piccoli, credo che egli porti un argomento contrario alla sua asserzione e favorevole alla nostra. Imperocchè, attribuendo al fibroma un'azione da corpo estraneo, una infiammazione si dovrebbe a fortiori ammettere, ciò che non si ha in tutti i casi, mentre è logico pensare ad una semplice atrofia, unita al disturbo circolatorio, in caso che il mioma influenzi meccanicamente la mucosa e ad un semplice disturbo circolatorio in casi di mioma piccolo, interstiziale o sottosieroso.

Dovendo, fra breve, rendere note alcune mie osservazioni sul tessuto deciduale, mi riserbo la discussione sulla comune origine delle cellule deciduali e di quelle notate nel tessuto interglandolare in casi di fibromi (Curatulo), in questo lavoro, facendo notare soltanto, che per noi, fino a prova in contrario le dette cellule sono semplicemente connettivali; ciò che del resto viene ritenuto dalla maggioranza degli autori.

Se così abbiamo cercato di escludere un'alterazione infiammatoria, in casi di fibromi interstiziali e sottosierosi, la cosa si comporta diversamente per i fibromi sottomucosi, segnatamente per i peduncolati.

L'atrofia delle glandole, lo sviluppo di connettivo costituito in fasci di fibre, denota un impedimento di sviluppo, per le condizioni in cui si trova la mucosa rispetto al fibroma; e quest'atrofia, e lo sviluppo di connettivo è da attribuirsi tanto ad una *infiammazione cronica*, quanto alla compressione che il tumore stesso esercita sulla mucosa, per la loro immediata vicinanza. E deve questa atrofia dipendere precipuamente da questo fatto, imperocchè, quantunque sia logico pensare che un tumore sottomucoso e la parte uterina opposta al medesimo, debbano subire una reciproca compressione, pure su questa tutti gli autori hanno trovato una iperplasia glandolare e sulla mucosa rivestente il tumore un'atrofia. E ciò è tanto più strano, in quanto un fibroma sottomucoso, con tendenza a farsi addirittura intracavitario, lo diventa e viene perfino partorito in vagina in grazia alle continue contrazioni che l'utero è costretto a fare per liberarsi del corpo estraneo in esso contenuto: eppure la mucosa non sollevata dal fibroma, non subisce alcuna atrofia.

Comunque stia la cosa, dobbiamo dire come l'atrofia o l'endometrite interstiziale cronica che affettano la mucosa rivestente il tumore siano

secondarie, e ciò lo possiamo affermare in forza della nostra osservazione (Oss. VIII), quando abbiamo potuto esaminare la mucosa sul tumore all'inizio della discesa di questo ultimo verso la cavità e quando esso stava per varcare l'orifizio esterno del collo. La prima volta abbiamo trovato una ipertrofia glandolare di grado leggiero, la seconda uno sviluppo enorme di connettivo con atrofia di quasi tutte le glandole.

L'avere trovato in questo caso delle glandole, che conservavano ancora il loro aspetto normale, ci fa credere che l'atrofia da compressione entri in seconda linea, per dar posto ad uno sviluppo di connettivo per causa infiammatoria. Ed una endometrite interstiziale cronica trova benissimo la sua spiegazione nelle condizioni in cui il tumore si trova, esposto cioè ad irritazioni d'indole meccanica ed infettiva, per la vicinanza colla vagina, ed anzi per la penetrazione di esso nella medesima.

Notisi però come negli altri casi analoghi si avevano le caratteristiche di un'atrofia da compressione, nonchè quelle di una vera infiammazione interstiziale cronica.

Abbiamo veduto, come in qualche caso di fibromi peduncolati, la porzione di mucosa che rivestiva la parte di essi sporgente in vagina, mostrava un epitelio di rivestimento formata da molteplici strati di cellule pavimentose, che ripeteva esattamente lo aspetto di quello rivestente la mucosa del muso di tinca e della vagina.

La spiegazione di questo fatto, per sè abbastanza strano, credo averla trovata, applicando al nostro caso, ciò che Dührssen dice riguardo alla mucosa cervicale; cioè che l'esistenza di epitelio piatto sulla mucosa cervicale ectropionata, è una conseguenza di una pregressa ulcerazione. Così, non abbiamo nessuna difficoltà nello ammettere che una porzione di polipo sporgente in vagina vada soggetto a traumi di intensità più o meno grande, e che nella guarigione di essi, l'epitelio si riproduca in forma di quello delle parti circostanti.

Non considerando per ora i due casi, nei quali eravi coesistenza di cancro e fibroma, possiamo concludere che, nei dodici fibromi esaminati (5 interstiziali, 2 sottosierosi e 5 sottomucosi), abbiamo trovato: in 3 degli interstiziali una pura e semplice ipertrofia ed iperplasia di tutte le parti della mucosa, con prevalenza però ora dell'elemento glandolare, ora di quello connettivale (Oss. II, VI, VII); in uno, una spiccata endometrite

interstiziale cronica al disopra del fibroma ed una iperplasia glandolare nel resto della mucosa (Oss. V) e in uno, una iperplasia glandolare forse sospetta, con incipiente infiltrazione infiammatoria (Oss. I).

Dei sottosierosi, si nota in uno (Oss. XIII) un grande sviluppo di connettivo, su di una mucosa previamente ipertrofica, e ciò facilmente si può ammettere deducendolo dal grande numero di lumi glandolari che attraversano la mucosa. Incomincia qui la mucosa a subire, negli strati inferiori una infiltrazione infiammatoria, facilmente riconoscibile per i numerosi corpuscoli linfoidi e grande sviluppo di vasi. L'alterazione della mucosa però non viene qui sostenuta soltanto dal fibroma sottosieroso, ma anche dalla miomatosi totale dell'utero.

In un altro caso di fibroma sottosieroso (Oss. XIV), abbiamo invece una ipertrofia glandolare spiccatissima, con leggera partecipazione del connettivo interstiziale.

Dei fibromi sottomucosi tutti sono affetti da vera endometrite interstiziale, con atrofia più o meno pronunziata delle glandole.

Concluderemo adunque:

1.° La presenza di un fibroma interstiziale, sia esso grande o piccolo, o la degenerazione fibrosa di tutto il parenchima uterino, induce nella mucosa dell' utero delle alterazioni d' indole semplicemente iperplastica o ipertrofica che affetta prevalentemente le glandole, senza risparmiare però il connettivo che soltanto in pochi casi giunge ad un alto grado di iperplasia. Non di rado l' aspetto che assume la mucosa può paragonarsi a quello della mucosa affetta da endometrite glandolare fungosa.

2.° La leggera infiammazione che spesso accompagna tali alterazioni, si manifesta sempre verso il limite inferiore della mucosa, ed è probabilmente di natura meccanica e infettiva, senza però poterlo assolutamente affermare.

3.° Il maggiore sviluppo di connettivo, menzionato come esistente di regola dalla maggior parte degli autori, sul lato dove trovasi il fibroma, esiste, secondo i risultati da noi ottenuti, soltanto in rari casi, mostrando la mucosa anche in casi di grossi fibromi interstiziali, dappertutto le stesse alterazioni.

4.° I fibromi sotto mucosi, producono al loro inizio, fino a che non sono nettamente endocavitari, delle alterazioni simili a quegli inter-

stiziali; ma poi influenzando troppo da vicino la mucosa la atrofizzano, mantenendo nel resto di mucosa la medesima iperplasia; passati poi allo stato di polipi fibrosi e dilatata la cavità cervicale fino a sporgere in vagina, con parte della loro superficie, questa assume un epitelio di rivestimento simile a quello del muso di tinca. Essi, più che negli altri casi, vanno soggetti a veri processi infiammatori, per gli agenti ai quali sono esposti, data la loro situazione.

5.° Nei fibromi sottosierosi la mucosa va soggetta alle identiche vicende come in casi di fibromi interstiziali; nei nostri casi però si aggiungevano delle altre cause che sostenevano per loro parte l'alterazione della mucosa; in uno la retroflessione, nell' altro la fibromatosi totale dell' utero.

Dal reperto istologico delle Osservazioni I e VII risulta come la mucosa in quei casi offriva in certi punti una alterazione sospetta. Sarà nostra cura, per quanto ci sarà possibile, di esaminare meglio le dette alterazioni e decidere se veramente esse sono di natura maligna, ciò che per noi sarebbe della più grande importanza, perchè così potremo venire in chiaro sul fatto da molti sospettato, ma non ancora accertato, della influenza che ha un fibroma nel produrre alterazioni tali nella mucosa, da predisporla alla degenerazione maligna; ne sorgerebbe quindi la conseguenza pratica di un più o meno pronto intervento.

Ognuno, il quale sia per poco al corrente della letteratura sull'argomento di questi ultimi tempi, si sarà accorto come in lavori, dove si parla della diagnosi iniziale del cancro dell'utero, vi sia un'impronta di dubbio e di incertezza, necessariamente data dalla grande difficoltà di una giusta interpretazione dei preparati microscopici per cui si richiede una grande pratica d'osservazione, donde sorgono poi le interpretazioni divergenti dei vari autori, e quindi differenti opinioni sull' origine del cancro, dal punto di vista della sua più o meno grande analogia con l'adenoma cosidetto maligno.

Vero è che la origine epiteliale del cancro non è ancora da tutti ammessa, ma trattandosi nei nostri casi di neoformazioni epiteliali, non v' insisteremo oltre.

Senza dilungarmi molto ad accennare alle varie opinioni degli osservatori sulla distinzione di adenoma benigno, maligno e di cancro, dirò

brevemente come Virchow (1), Schröder (2), Ziegler (3), Williams (4), Hofmeier (5), vogliono mettere una linea di separazione tra adenoma maligno e cancro, ammettendo in massima però la possibilità di un passaggio dall' una all' altra affezione; come pure Landau e Abel rigettano la espressione di carcinoma per tumori di struttura puramente tubulare.

Birch-Hirschfeld (6), Waldeyer (7), Hauser (8), Friedländer (9), Ruge e Veit (10), Leopold (11) invece considerano l' adenoma maligno come stadio iniziale del cancro; anzi quest'ultimo autore lo chiama: *carcinoma epitheliale papillare corporis uteri.*

Ben si comprende questa diversità di pareri quando si pensa alla estrema somiglianza dei due adenomi da un lato, ed all' evidente passaggio dell'adenoma maligno in cancro; le caratteristiche dell'uno e dell'altro sono quasi identiche, quantunque Veit (12) dica che la differenza principale stia nel connettivo, il quale nelle forme benigne separa con un tratto uniforme di tessuto, non in special modo irritato, le sezioni trasverse glandolari, mentre in quelle maligne appena una stria ialina è posta tra glandola e glandola; l'adenoma maligno penetra tra le fibre muscolari, il benigno si ferma all' estremo inferiore della mucosa.

Ma quest'ultima caratteristica spesso è fallace, abbenchè dalla maggior parte degli autori venga invocata come principale se non alle volte unica proprietà su cui bisogna fondarsi per la diagnosi, imperocchè, mentre da alcuni si riguarda come fatto normale, da altri viene fatto osservare, come non essendo il limite tra mucosa e muscolare una retta, una sezione trasversa o obliqua di una glandola che più delle altre era

---

(1) *Virch. Arch.*, Bd. 111, p. 6.

(2) « Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. »

(3) *Lehrbuch d. path. Anat.* V. Aufl., Bd. I, p. 248.

(4) « Der Krebs der Gebärmutter, Dtsch. v. K. Abelu. th. Landau. » Berlin, 1890.

(5) Bonner Gynäkologenkongress, 1891.

(6) Art. « Adenom » in Eulenburg's Real-Encyklopédie der Ges. Heilk. II Aufl. Wien, 1885.

(7) *Virch. Arch.*, Bd. 41, n. 55 und *Sammlung Klin. Vortr.*, n. 33.

(8) Hauser. « Das Cylinderepthelcarcinom des Magens und des Dickdarms. » Jena, 1890.

(9) IV Aufl. Berlin, 1889; d. 191.

(10) *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. VI.

(11) Bonner Gynäkologenkongress, 1891.

(12) Veit. « Ueber Carcinom des Uterus Körpers. » *Deut. Med. Woch.*, 1883, N. 1.

sita profondamente, potrebbe dare l'imagine di una proliferazione glandolare e conseguente penetrazione di essa nella muscolare.

Uter (1) parlando del rapporto tra adenoma e carcinoma dice, che due forme si devono riguardare con certezza, come « carcinomatose, » cioè la struttura alveolare del tessuto (imagine carcinomatosa tipica), e la proliferazione e aumento delle glandole tale « che otricoli di epitelio « cilindrico, sono intrecciati l'uno nell'altro a guisa di lombrici, senza « alcun tessuto connettivo intermedio (adenoma maligno di Ruge). » Dice inoltre come in questi casi si può spesso, *ma non sempre*, osservare la penetrazione della proliferazione epiteliale nel tessuto interstiziale e nella muscolare.

Si vede adunque come incerta sia la diagnosi prima che appariscano indiscutibili i caratteri di una vera proliferazione maligna; e la confusione tra le due forme è tanto più deplorevole, in quanto spesso, fondandosi sull'esame di piccoli pezzi raschiati, si viene indotti ad eseguire un atto operativo, che poi, dall'esame più accurato del pezzo, risulta essere stato ingiustificato. E bene a ragione Landau (2) raccomanda di asportare col raschiamento anche un pezzettino di muscolare per potere riconoscere la eterologia, cioè il distruttivo delle rispettive neoformazioni epiteliali. Anche questo però non sempre sarà sufficiente per accertare una diagnosi e quasi sempre si sarà costretti ad invocare l'aiuto dei sintomi clinici per stabilirla.

Le probabili confusioni, quando la proliferazione ha acquistato già il carattere di tessuto alveolare, facilmente si evitano; non così quando questo carattere non è ancora ottenuto, per cui anche svariate sono le opinioni degli autori sull'intervento in questi casi; mentre alcuni (Max Bötticher (3), Martin ed a.) raccomandano di non porre tempo in mezzo ad estirpare un male che lasciato a sè potrebbe dare le più funeste conseguenze, altri [Landau (4)], (Wagner (5) ed a.) sono di opinione di fare precedere ad un atto operativo radicale una prudente attesa, coa-

---

(1) Loco citato.

(2) L. Landau. « Zur Behandlung des Gebärmutterkrebses. » *Berl. klin. Woch.*, 1888, N. 10,

(3) Max Bötticher. « Ueber das gleichezeitige Vorkomuen von Fibromyom u. Carcinom am Uterus. » Inaug. Diss. Berlin. 1884.

(4) L. Landau. Loco citato.

(5) W. Wagner. « Fibromyoma et carcinoma corporis uteri. » Inaug. Diss. Berlin, 1886, pag. 29.

diuvata da mezzi più o meno palliativi, che alle volte, quando si tratta di affezione benigna, possono condurre ad una perfetta guarigione.

Noi ci riserviamo il nostro giudizio a più tardi. Ultimamente lo Schönheimer (1) in un eccellente lavoro sul cancro del corpo, cerca di delineare meglio le caratteristiche della lesione iniziale del cancro mettendo come fondamento due proprietà speciali del tessuto proliferante: 1.° facoltà di proliferazione infrenata, 2.° aumentata valenza verso i tessuti fisiologici. Quando per uno stimolo qualunque le glandole aumentano di numero e di volume, mantenendo però sempre il loro carattere tipico, specialmente riguardo all'epitelio cilindrico, che prolifera conservandosi ad uno strato solo, può avvenire, che la loro valenza in rapporto al tessuto circostante sia tanto alta, da potere invaderlo e spostarlo, ed arrivare a dare al tessuto un alto grado di malignità senza scostarsi gran fatto dal loro tipo; quando invece, per stimoli cronico-iperplastici intensi, la valenza del tessuto circostante è innalzata in modo da porre un freno alla invadente proliferazione delle glandole, queste sono costrette ad introflettersi, ad invaginarsi, a torcersi in modo da dare prima l'imagine di lombrici, ai tratti cellulari neoformati, ed indi passare allo stato di alveoli, riempiendo di cellule cancerigne gli spazi cavi del connettivo.

Conclude dicendo, che la diagnosi della malignità della proliferazione è facile a dimostrarsi nel cadavere e nell'utero estirpato, ma nella vivente oltre il raschiamento deve concorrere anche la sintomatologia clinica, imperocchè col primo otteniamo schiarimenti soltanto riguardo all'aggruppamento degli epiteli, non alla loro diffusione, e abbiamo veduto, come in forme anche maligne, l'epitelio possa mantenere un aggruppamento tipico.

Non meno difficile però è la diagnosi di malignità nei nostri casi, quantunque l'esame sia stato portato direttamente sull'utero estirpato, poichè neppure i sintomi clinici erano tali da farci sospettare una degenerazione maligna. Ed invero, i dolori insistenti e la leucorrea, con coesistenza di un processo parametritico non potevano assolutamente, nella Oss. I, farci andare colla mente ad un processo maligno svolgen-

---

(1) H. Schönheimer. « Zur Lehre vom Krebs des Gebarmutterkörpers. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLV, Heft I.

tesi nell'endometrio; così pure le emorragie, pure e semplici, non accompagnate da alcun altro scolo sospetto, ci indussero, ed a ragione, fondandoci anche sull'esame locale a porre diagnosi di fibroma nella Oss. VII; il dolore gravativo alla regione soprapubica mancava della caratteristica principale che esso ha in caso di cancro del corpo, cioè della periodicità, sintomo da molti ritenuto come costante ed infallibile nel carcinoma del corpo dell' utero.

Non ci resta altro, adunque, che di fondare la nostra diagnosi sul reperto microscopico.

Esaminando l' Oss. I, vediamo una proliferazione glandolare considerevole, non tale però che tra glandola e glandola non rimanga più del tessuto connettivo (caratteristica indispensabile dell'adenoma maligno secondo Ruge, Veit, Schroeder, Ziegler, Uter, ecc.), ma questo in certi punti è più, in certi meno abbondante; la pronunziatissima tortuosità delle glandole, le vegetazioni endoglandolari a raggi, la molteplicità degli strati epiteliali, la penetrazione di glandole nella muscolare, sono caratteri che ci potrebbero condurre ad una diagnosi molto riservata, quantunque Semb (1) riporti un caso, nel quale egli fa diagnosi certa di degenerazione maligna iniziale, la cui descrizione concorda perfettamente con quella che io ho dato del caso in questione.

Però a facilitare la diagnosi viene la distruzione della parete glandolare da parte degli epiteli, i quali disponendosi in cumuli più o meno grandi, invadono il tessuto interstiziale, ciò che non avviene mai in una alterazione benigna della mucosa, e che dalla generalità degli autori è ammesso come dato caratteristico delle alterazioni maligne.

È detto nella descrizione dei preparati che nelle porzioni inferiori della mucosa, certe sezioni trasversali di glandole mancavano di lume ed erano occluse da masse di epitelio; il pensare alla esistenza di alveoli in questo caso, mi sembra troppo arrischiato, tanto più che l'epitelio di rivestimento della parete si disegnava benissimo; se si volesse concordare con Landau e Abel (2), i quali dicono che nella neoformazione delle glandole queste prendono origine dagli zaffi epiteliali solidi, nel centro dei quali a poco a poco si va formando un lume, anche nel

(1) Loco citato,

(2) Abel-Landau. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIV, 1889.

nostro caso, si potrebbe riguardare quelle formazioni come glandole al loro stadio iniziale di sviluppo. Comunque sia, sul significato vero di questi zaffi non possiamo in modo assoluto pronunziarci. Riguardo alla penetrazione delle glandole nella muscolare, non è questo un carattere deciso di malignità; potremo considerarlo in questo caso come sospetto, perchè le glandole si approfondivano nella muscolare per qualche millimetro.

Riassumendo queste osservazioni, potremo concludere che qui trattasi con grandissima probabilità di una incipiente degenerazione maligna della mucosa.

Nella Oss. VII abbiamo dei maggiori punti di appoggio per una diagnosi certa. Fatto principale è quello della proliferazione atipica degli epiteli glandolari; proliferazione che si manifesta sotto la forma di un eccessivo sviluppo di un epitelio cilindrico ad uno strato solo, il quale, per mancanza di spazio, o meglio per l'aumentata valenza del tessuto circostante, di fronte a quello epiteliale, è costretto a torcersi dando la caratteristica imagine dei lombrici (Schönheimer), e sarebbe finito, continuamente proliferando, col formare dei veri alveoli o zaffi epiteliali. La limitazione del processo ben si comprende, quando si pensa che gli stimoli cronico-iperplastici erano limitati alla porzione inferiore della mucosa, e quindi in questo punto la diffusione del processo maligno incontrava maggiore resistenza; notisi ancora come questa atipica proliferazione aveva preso le porzioni inferiori delle glandole di un punto limitatissimo della mucosa del corpo, dove precisamente si notava un considerevole aumento di numero delle glandole più superficiali, apparentemente non alterate. Ed invero sappiamo come l'adenoma maligno sia per solito limitato ad un punto soltanto della mucosa, e dalla descrizione dei casi di cancro (ammettendo che questo abbia un'origine epiteliale), rileviamo non solo come questo sia limitato ad un punto della mucosa, più o meno esteso (sul quale fatto si fonda la distinzione di una forma poliposa del cancro e di una diffusa, fatta da Schroeder), ma come, il rimanente di mucosa sia atrofica (casi Veit, Schönheimer, ecc., e le mie proprie osservazioni III e IV). L'atrofia della mucosa è naturale, dato che il cancro del corpo dell'utero si sviluppa in donne piuttosto vecchie, nelle quali la funzione della mucosa uterina è già soppressa, e questo fatto del differente reperto in una stessa mucosa, viene

dal Veit (1) invocato in aiuto della diagnosi di cancro del corpo; e lo Schönheimer (2) invece, avendo trovato delle glandole bene sviluppate nel punto della neoformazione, dice che queste indicano già il primo gradino della degenerazione maligna, non il terreno sul quale questa si è sviluppata, ciò che a mio credere significa che o la degenerazione maligna ha avuto punto di partenza da glandole già atrofiche, ovvero che essendo partita da glandole normali, il resto di mucosa si sia atrofizzato ed il punto degenerato abbia continuato a proliferare.

Quello che possiamo stabilire nel nostro caso è che la proliferazione maligna si è sviluppata in glandole pressochè normali, che di anormale mostravano soltanto una tortuosità molto pronunziata. Il loro numero era aumentato solo relativamente al resto di mucosa, dove esisteva un abbondantissimo sviluppo di tessuto connettivale coi caratteri già descritti; e sarebbe veramente arrischiato il dire, che qui trattasi di un adenoma o benigno o maligno che sia, amenochè non si voglia appoggiare la diagnosi su qualche *rara* sezione glandolare esistente nella muscolare.

Resterebbe ora a decidere se queste glandole sono neoformate, ovvero no; nel primo caso, dovremo riguardare anche noi questo fatto come primo gradino della neoformazione maligna; nel secondo, potremo dire di avere sorpreso quest'ultima al suo inizio, sul terreno adatto al suo sviluppo. Ed io sono propenso ad ammettere quest'ultima circostanza, dato che lo sviluppo glandolare in questo punto manca del principale segno di un adenoma, cioè della eccessiva proliferazione ed infrenata invasione del tessuto circostante.

La teoria dello Schönheimer, sull'aumentata valenza del tessuto proliferante di fronte a quello circostante, credo possa benissimo servire a sostenere il concetto da noi enunciato, imperocchè se questa valenza era maggiore nelle porzioni più alte della mucosa, la neoformazione glandolare avrebbe dovuto essere di molto più estesa e rigogliosa, mentre nelle porzioni inferiori dove la valenza del tessuto connettivo è aumentata per lo stato irritativo del medesimo, la proliferazione epiteliale, che da questo punto ha preso il suo principio, è costretta ad assumere lo aspetto descritto.

---

(1) L. c., pag. 9 (dall'estratto della *Deut. Med. Woch.*).

(2) L. c.

Conchiuderemo adunque che qui trattasi di una iniziale degenerazione carcinomatosa di un punto della mucosa.

A questi casi si possono annettere quelli, dove il fibroma era accompagnato da un cancro del corpo (Oss. III e IV), che a rigore si dovrebbe ritenere come uno stato molto più avanzato delle alterazioni della mucosa or ora descritte. Ma mentre prima ci siamo intrattenuti sul modo di sviluppo di una degenerazione maligna, ora è nostro compito studiare i rapporti in cui sta questa degenerazione con i fibromi dell'utero.

È questo invero un argomento già da molti trattato ma non ancora esaurito, e specialmente sul rapporto causale delle due neoformazioni, nulla di certo si è ancora detto, nè lo si potrà dire fino a che non saremo giunti ad avere una esatta conoscenza della causa vera, sia dei fibromi, sia del cancro, e del modo come questa causa agisca.

Ma più che la semplice coesistenza di un fibroma e di un cancro nell'utero, la degenerazione dell'uno nell'altro ha occupato gli osservatori; è stata col fatto osservata una degenerazione primaria di un fibroma in cancro ed una secondaria per diretto passaggio della neoplasia dalla mucosa sul fibroma, quantunque questa sia relativamente molto più frequente di quella.

Abbiamo già tenuto parola della importanza pratica di un esame microscopico della mucosa uterina, come indicazione alle volte assoluta alla estirpazione dell'organo; abbiamo veduto come qualcuno raccomandi di eseguire questo esame di regola in qualunque caso di fibroma, per potere eventualmente arrestare in tempo una incipiente degenerazione carcinomatosa. Dobbiamo ora considerare il caso in cui questa è tanto progredita da dominare quasi esclusivamente il quadro sintomatologico.

Notisi che qui è in questione soltanto il cancro del corpo, e di leggeri si comprenderà perchè io lasci fuori discussione la coesistenza di un cancro del collo o della portio con un fibroma del corpo, quando si pensi che, ammettendo un nesso causale tra le due affezioni, il cancro del collo non può venire assolutamente considerato come conseguenza di speciale alterazione circolatoria, nutritiva od altro, prodotte da un fibroma del corpo, rimanendo intatta la mucosa di quest'ultimo; e poi se questo nesso causale esistesse, il numero di cancri del collo con fibromi del corpo dovrebbe essere molto più considerevole. Di 18 casi di cancro del collo operati dal prof. Chiarleoni, nessuno era accompagnato da fibroma

del corpo; Curatulo (loco cit.) trovò in 17 casi di cancro del collo, 3 volte fibromi del corpo, Saurenhaus (1), in 50 casi, 5 volte, Eckhardt (2), in 10 casi 3 volte. Tutti questi numeri sono molto esigui di fronte alla straordinaria frequenza del cancro del collo.

D'altro canto sorprende la rarità della coesistenza di queste due neoformazioni al collo, non solo, ma l'esistenza di fibromi al collo. Dai casi che sopra abbiamo riportato risulta che in uno soltanto, nel quale trattavasi di fibroma peduncolato del fondo della cavità uterina esisteva un nodulo fibroso nel labbro posteriore; e in questo la mucosa del canale cervicale e del muso di tinca, anche del labbro corrispondente al piccolo tumore, non mostrava nè macroscopicamente nè microscopicamente un' alterazione che sembrasse anche sospetta. Se un caso solo potesse bastare a dimostrare coi fatti un asserto, si avrebbe qui la dimostrazione la più evidente della rarità della coesistenza di questi tumori al collo, e forse anche della differente influenza sulla mucosa del collo e del corpo, che esercitano i fibromi situati nelle rispettive porzioni di utero. Wahrendorff (3), avendo trovato, tra 4 casi di fibromi con cancro dell'utero, 2 di fibroma del corpo e cancro del collo, discute i casi dal punto di vista del nesso causale tra questo e quello, e dice che, i due casi gli sembrerebbero sospetti, quando non si potessero incolpare in prima linea altre cause per il cancro del collo, e non trovando le medesime, emette un giudizio molto riservato, ma non esclude la possibilità di una predisposizione creata dal fibroma per il cancro del collo. Il considerare il fibroma causa più o meno diretta del cancro del collo, quando le altre cause, tanto numerose quanto incerte, mancano, mi sembra volere considerare le cose troppo leggermente, imperocchè se una predisposizione alla degenerazione fosse stata creata dal fibroma, questo sarebbe avvenuto nel corpo. Mi si potrebbe obiettare, che il collo è la sede preferita del cancro, e che il corpo ne viene colpito relativamente di raro. Ma se diamo uno sguardo alla coesistenza delle due neoformazioni, troviamo come un fibroma del corpo sia molto più frequentemente accompagnato da un cancro del corpo, anzichè da uno del collo, e che

---

(1) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1890.

(2) *Centrabl. f. Gyn.*, N. 26, 1888.

(3) WAHRENDORFF. « Fibromyome u. Carcinome des Uterus. » Inaug. Diss. Berlin, 1887.

appartiene alla più grande rarità, qualora qualche caso esista, la coesistenza di queste due alterazioni al collo.

Tra le percentuali in genere del cancro del corpo, non ho potuto trovarne una riguardo alla coesistenza di questo con un fibroma del corpo, ma nella letteratura trovansi sparsi qua e là non pochi casi; volendo accennare alla nostra esperienza, diremo come tra trenta uteri con fibromi, vi erano tre che avevano anche un cancro del corpo bene accertato, 10 0[0.

Vero è che non vi è proporzione tra la frequenza del cancro del corpo e fibromi, che mentre per quello la percentuale è relativamente piccola (1) e quella per i fibromi è almeno il decuplo; vero è che gli americani fanno risaltare come frequentissimo il fibroma e rarissimo il cancro, e che Whital in New-Jork tra 2000 donne negre trovò soltanto 2 casi di degenerazione maligna dell'utero; vero è che questi dati fanno forti della loro opinione coloro i quali ritengono che tra fibroma e cancro del corpo non esista alcun nesso causale, ma noi, tenendoci in una via di mezzo tra l'ottimismo degli uni ed il pessimismo degli altri, riterremo come non difficile questo nesso e in ogni caso di fibroma, faremo precedere ad un atto operativo più o meno radicale un raschiamento « esplorativo, » se il termine può passare, il quale del resto, potrebbe fino ad un certo punto giovare anche come tentativo di cura sintomatica specialmente nei casi di metrorragia imponenti da fibromi.

Accennerò brevemente alla degenerazione dei fibromi in cancro; ciò che dal lato scientifico ha un interesse maggiore che dal lato pratico, sotto il punto di vista dello sviluppo della degenerazione. Sarà invece sempre praticamente interessante la probabilità che un fibroma possa degenerare in cancro; come del resto si è creduto che si trattasse anche nelle nostre due osservazioni. Noi però escluderemo facilmente questo dubbio, facendo rilevare come nella massa vegetante tutto il tessuto era ugualmente degenerato, non solo, ma che questa degenerazione non avrebbe mai potuto invadere un fibroma sostituendosi a questo in modo,

---

(1) Questa percentuale però varia melto a seconda dei vari autori, così: PICHOL (« Etude clinique sur le cancer du corp de l'utérus, etc. » Paris, 1876) dà il 6 0[0; BLAU (« Einiges Pathol. Anatom. über den Gebärmutterkrebs. » Berlin, 1870) il 6 0[0; FORSTER (Scanzoni: *Beiträge,* IV p. 30) l' 1 0[0; SCHROEDER (Hofmeyer: *Zeitschrift f. Geb. u. Gjn.*, Bd. X) il 3,4 0[0.

che del tessuto fibromatoso non esista più traccia. Se l'alterazione per così dire isolata mentiva un tumore fibroso, ben limitato, degenerato, e se anche il passaggio graduale della neoformazione sulla circostante mucosa, poteva in certo modo indicare una degenerazione secondaria, le caratteristiche del tumore, la sua topografia, l'atrofia del rimanente della mucosa uterina, tolti pochi punti, sono caratteri che parlano per lo sviluppo di un cancro primario del corpo. E veramente sarebbe curioso, ammettendo una degenerazione secondaria del fibroma, il trovarlo appunto in tutti due i casi da noi osservati, considerando la rarità di questo fatto. Ancora più rara è la degenerazione primaria di un fibroma in cancro.

Virchow (1) non mette in dubbio il fatto che un mioma esistente possa degenerare, per sviluppo di componenti eterologi dal suo tessuto interstiziale; però egli aggiunge che la dimostrazione diretta di questo, non è ancora portata. Gusserow (2) è dello stesso avviso.

Ehrendorfer (3) dice che per quei casi nei quali la degenerazione si continua dalla mucosa sul mioma, viene considerata come momento predisponente « la costituzione cronico-infiammatoria che per solito si rinviene nel rivestimento mucoso di tali miomi e la contemporanea esistenza di una degenerazione adenomatosa nel medesimo, » ammettendo quindi un nesso causale indiretto tra miomi e cancro del corpo.

Mentre dai preparati di Curatulo (4) non risulta una conferma per la tesi di Boetticher, facendo egli del resto menzione della grande rarità della degenerazione del fibroma in cancro primario, adducendo l'oramai famoso caso di Klob, dai nostri, non solo rileviamo che una predisposizione della mucosa alla degenerazione maligna esiste, ma che anzi si dovrà intervenire quanto più presto, appena riconosciuta quest'ultima; imperocchè da una degenerazione maligna della mucosa, sia anche localizzata, dobbiamo temere lo sviluppo di un cancro della mucosa del corpo, il quale quantunque più raro e più benigno di quello del collo, offre tanto di malignità, quanto basta per giustificare un atto operativo radicale, e per fare temere una metastasi in un fibroma coesistente, ov-

---

(1) Virchow. *Geschwülste*, III, p. 172.

(2) Gusserow. « Die Neubildungen des Uterus » *Deutsche Chirurgie*, 1885, Sfg. 57, pag. 34.

(3) Ehrendorfer. « Die primäre carcinomatöse Degen. der Fibromyome des Uterus. » *Centrabl. f. Gyn.*, 1892, N. 27, p. 514.

(4) Loco cit.

vero il passaggio diretto dalla mucosa al fibroma. Quello che veramente dai nostri preparati non risulta è una degenerazione primaria del fibroma in cancro, sia che essa prenda principio dal centro del tumore fibroso, sia dal rivestimento mucoso di esso, nel senso di Ehrendorfer (1) il quale porta un caso di fibroma sottomucoso del collo combinato con un cancro a epitelio piatto, e designa questa degenerazione come primaria, tenendo conto della mancanza di una notevole alterazione nella portio e nel rimanente di utero e della degenerazione molto progredita nel tumore.

I casi simili di questa degenerazione sono molto scarsi nella letteratura, e dopo il caso di Klob (2) nel quale non pare trattavasi veramente di un cancro, potremo accennare al caso di Gläser (3) dove anche, dalla descrizione del reperto microscopico fatta da Förster, non risulta trattarsi di cancro, ma, secondo Virchow, di sarcoma. E una causa della scarsezza di casi simili forse consisterà appunto nella confusione tra cancro e sarcoma, il quale ultimo può relativamente di frequente affettare un fibroma uterino, e almeno fino a poco tempo fa veniva anche microscopicamente confuso con il cancro.

Il primo che abbia veramente veduto la penetrazione di una proliferazione epiteliale maligna in un fibroma uterino, è stato Buhl (4), proliferazione che prendeva punto di partenza da un adenoma degenerato del rivestimento mucoso; a questi tennero dietro Ruge e Veit (5) colla descrizione di un caso simile, Hofmeier (6); Babes (7) il quale riporta due casi di fibromi degenerati indipendentemente dalla mucosa; Galabin (8) che descrive due polipi fibrosi asportati durante la gravidanza, e degenerati in cancro; finalmente V. Liebmann (9) il quale vuole separare dalla degenerazione carcinomatosa del mioma, il *miocarcinoma,* che sarebbe appunto il caso da lui descritto, perchè questo, nella re-

---

(1) Loco cit. p. 518.

(2) « Pathologische Anatomie der weiblichen Geschlehtsorgane » Wien, 1864.

(3) *Virchow Archiv.*, Bd. XXV, p. 422.

(4) « Mittheilungen a. pathol. Institut zu München, » 1878, p. 236.

(5) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1881, Bd. VI, p. 300.

(6) *Schröder's Handbuch der kankheiten d. weiblichen Geschluttorgane,* C. Aufl.

(7) « Orvosi hetilap. » 1891. Ref. in *Centralbl. p. Archiv.*, 1882, N. 11, p. 212.

(8) *Transactions of the obstetr. Soc. of London*, 1876, vol. XX, p. 82.

(9) « Uber ein Fall von Myocarcinom des uterus. » *Virchow's Archiv.*, 1889, Bd. CXVII, Hft. I.

cidiva e nella metastasi, mostra gli stessi caratteri del tumore primitivo, cioè si trova dappertutto proliferazione di epiteli e fibre muscolari. Un caso di metastasi di nodi carcinomatosi in un fibromioma, senza compartecipazione della mucosa, è descritto da Liebmann e Benporath (1).

Ritornando ai casi nostri, dobbiamo ancora determinare quanto si debba ai fibromiomi e quanto ad altri fattori nello sviluppo di un cancro in un utero con fibromi.

Il continuo stimolo locale di questi tumori è secondo Simpson (2) causa del carcinoma del corpo, avendo egli spesso trovato contemporaneamente nell'utero un fibromioma ed un cancro, e non mai una degenerazione carcinomatosa di un fibroma.

Comunque sia la questione della degenerazione primaria o secondaria di un fibroma, lasciando da parte quella dove esiste un focolaio carcinomatoso in un fibroma, senza che vi sia manifesto passaggio dalla mucosa, stabiliremo come una tale alterazione (cancro del corpo), debba svilupparsi su di un terreno previamente preparato e nel caso di fibromiomi del corpo, l'alterazione che per influenza di questi si produce nella mucosa, mi sembra terreno favorevolmente adatto allo sviluppo di un cancro.

Chiaro adunque appare il fatto della predisposizione creata dal fibroma per lo sviluppo di un cancro, nella mucosa del corpo, e all'obbiezione che se così fosse i cancri del corpo dovrebbero essere molto più numerosi, appunto in ragione della frequenza dei fibromi, risponderemo, che, colle scarse conoscenze che ancora abbiamo sulla natura intima delle cause produttrici un cancro e delle condizioni intime di sviluppo di esse, nulla ci impedisce di ammettere che in molti casi di fibromi le alterazioni della mucosa sieno tali da permettere o l'attecchimento di speciali germi o uno sviluppo atipico della proliferazione delle parti componenti la mucosa. Dice pure lo Schönheimer (3) che « alla endometrite glandolare non possiamo dare altro significato per « lo sviluppo del cancro, che nel nostro caso la *formazione* di miomi « nell'utero, cioè una certa diminuzione della valenza del tessuto, di « fronte alle masse epiteliali irrompenti. »

---

(1) *Monatsschrift für Geburtskunde,* XXV, p. 50.

(2) Citato da Wahrendorf, l. c. p. 6.

(3) Loc. cit., pag. 174.

Io credo del resto, che, se in ogni caso di fibroma dell'utero, la mucosa di questo venisse sottoposta ad accurato esame microscopico, il reperto di una degenerazione carcinomatosa, o adenomatosa maligna di essa, sarebbe molto più frequente di quanto si crede; ed una dimostrazione di ciò si ha nei due casi da me descritti, in uno dei quali l'alterazione maligna era sospetta, nell'altro ben dimostrata, mentre allo aspetto macroscopico la mucosa non differiva in nulla da quello di una solita endometrite glandolare ipertrofica; e scorrendo la letteratura sull'argomento si vede come descrivendo dei cancri del corpo, gli osservatori accennino molto spesso alla presenza anche di fibromiomi del corpo, come cosa molta secondaria e quasi indipendente dall'alterazione principale.

Ritenendo adunque come non infrequente uno sviluppo di alterazione maligna in una mucosa già alterata per la presenza di un fibroma nel corpo dell'utero, e ritenendo la possibilità che questa alterazione a lungo andare si trasmetta al fibroma stesso, (o questo finalmente degeneri primariamente malignamente, ciò che a noi non riguarda troppo da vicino), concluderemo che siamo dello stesso parere di Boetticher (2) e di Martin (3) riguardo all'operare radicalmente un utero fibromatoso, nel quale vi sia certezza di un' alterazione maligna della mucosa del corpo; quando però condizioni speciali di sviluppo od altro non impongano un pronto intervento operativo radicale, sottoponendo la donna a quei metodi di cura che sogliono precedere l' operazione radicale per fibromi, si avrà campo di esaminare spesse volte la mucosa ed agire secondo l'idea che ci si è formati dal reperto microscopico e da quello dell'esame clinico.

---

(1) Loc. cit.

(2) MARTIN: « Ueber Myomotomie. » (Verhand. d. gynack. Section der 57 Vers. d. Natf u. Aeszte in Magdeburg) *Arch. f. Gyn.* Bd. XXV, S. 147.

RESOCONTI DI SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Prima Adunanza annuale

DELLA

SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

tenuta in Roma nei giorni 15, 16 e 17 ottobre 1894.

Riassunto del Dott. CESARE MICHELI

SEDUTA PREPARATORIA (15 Ottobre 1894).

È assente a causa di malattia il prof. Pasquali, presidente.

Sono convenuti i soci: Morisani, Mangiagalli, Fabbri, Truzzi, Pestalozza, Guzzoni degli Ancarani, Falaschi, Acconci, Namias, Bompiani, Pinzani, Miranda, Rocchi, Curatolo, Regnoli, Ferrari, Giglio, Bordè, Campione, Masetti, La Torre, Pazzi, Marocco, Lauro, Poso, Scarlini, Simonetta.

Siedono alla presidenza il dott. La Torre ed il dott. Rocchi, vice-presidente il primo, segretario il secondo della Società.

La Torre annuncia con dolore la malattia del Presidente della Società professor Pasquali, lieto di poter dare insieme la buona notizia che egli trovasi già in convalescenza, prossimo a guarire completamente. Ricorda la perdita del caro collega dott. Tommasoni, primo segretario della società. Egli cessò di vivere giovanissimo, quando prometteva già larga messe di seri studi e di lavori scientifici per la società stessa. Compiuto questo triste ufficio dichiara aperta l'adunanza.

Il segretario dott. **Rocchi** legge il verbale dell'ultima seduta tenuta dalla sezione ostetrica italiana nel Congresso medico internazionale dell'aprile decorso. In questa seduta si costituì la prima volta la società. *È approvato.*

Il Vice presidente comunica che la Presidenza ha donato, a titolo di ricordo del Congresso suddetto, alle principali notabilità estere il libro del prof. Corradi sulla storia dell'Ostetricia italiana. In ultimo il vice presidente commemora il prof. S. Giordano, di Torino, mancato in questo anno. È approvato il bilancio. Il numero dei soci è di 82. Sono accettati nuovi soci ordinari i dottori *Candia, Ferrari, Bidone, Zuccaro, Poso, Pini, Campione, Ferraresi, Masetti, Scarlini.* Il dott. *J. Clarence Webster,* di Edimburgo, è accettato socio corrispondente. L'ufficio

di presidenza del Congresso risulta costituito: *Morisani*, presidente; *Fabbri* e *Mangiagalli*, vice presidenti; *Regnoli* e *Poso*, segretari. Membri per la commissione della stampa sono eletti: *Morisani* e *Mangiagalli*.

Acconci legge la commemorazione che il prof. Tibone ha fatto del professore S. Giordano. Narra dei suoi meriti scientifici e patriottici. Laureato nel 1838 fu professore nel 1857 ed inaugurò la Clinica ostetrica di Torino. Morì a 77 anni.

La Società vota un ordine del giorno esprimente auguri di perfetta guarigione per il prof. Pasquali.

PRIMA SEDUTA SCIENTIFICA.

Pazzi. Presenta un saggio bibliografico di Ostetricia e Ginecologia italiana dal 1870 al 92. Esso è il seguito della storia Ostetrica italiana del Corradi, che giunge appunto fino al 1870. La materia nel saggio dell'A. è divisa in tre parti: *Ostetricia, Ginecologia* e *Bibliografia*. Le prime due parti sono divise in tre capitoli: *anatomia, fisiologia* e *patologia*. Segue l'indice bibliografico degli autori e delle materie. L'editore Zanichelli ha accettato di stampare il lavoro utile e paziente.

Sui giri del cordone ombellicale.

La Torre. Fa considerare come non sieno stati fino ad ora notati come causa di *distocia* i circolari del cordone. L'O. ha osservato questo fatto sette volte in una delle quali morì il feto.

Mangiagalli. Non crede di dover notare come causa nuova di distocia la brevità assoluta o relativa del cordone. In un lavoro di vecchia data del Duncan è studiato accuratamente questo fatto e sono esaminate le modalità che la brevità del cordone imprime al meccanismo del parto.

Fabbri ricorda a questo proposito due casi suoi nei quali la brevità relativa del cordone aveva provocato pericolo di vita. Egli salvò nei due casi il bambino con l'applicazione del forcipe.

La Torre. Conosceva il lavoro del Duncan, ma è certo che nei trattati classici nulla è detto sulla distocia da brevità relativa del cordone. Questo solo egli voleva far notare.

La Torre. Legge un lavoro di Candia, *Sull'azione curativa della corrente galvanica intrauterina (metodo Apostoli) nell'isterismo convulsivo dipendente da processo infiammatorio cronico dell'utero e degli annessi*. I risultati riferiti nella comunicazione sono tutti positivi.

La Torre per conto suo aggiunge la descrizione di un caso occorso a lui, in cui la amenorrea cessò e cessarono i dolori con applicazioni elettriche.

Quattro casi di laparotomia a scopo ostetrico.

Pinzani. Descrive le storie cliniche delle quattro operate, due di esse sono più importanti. Il primo caso riguarda una donna la quale si presentò all'O. in sovrapparto: il feto era morto, la testa non impegnata, il collo uterino poco rammollito, l'orificio esterno dilatato a tre centimetri. La testa fetale non poteva impegnarsi per vizio pelvico della madre. D'un tratto la gestante presentò tutti i sintomi di rottura dell'utero. L'O. colla *cranioclastia* liberò la donna. Il tamponamento e le pinze emostatiche non valsero a frenare l'emorragia, che imponente seguì l'espulsione del feto. La donna era presso a morire. L'O. rapidamente le aprì il ventre, estrasse l'utero, emise un laccio elastico sul collo uterino, più in basso che potè. Frenata l'emorragia, la donna si riebbe un poco: allora l'O. potè osservare l'ampia lacerazione dell'utero, da cui colava il sangue. Un grosso ematoma circondava l'utero stesso. Parve all'A. che altra via di scampo non ci fosse, che quella di amputare la matrice. Non adoperò cloroformio; l'ammalata era insensibile. Mise un tampone alla Mikulicz, che dal legamento largo di destra entrava nel moncone uterino e scendeva in vagina. L'operata si riebbe completamente e guarì anche di una pleurite, che di lì a pochi giorni le sopravvenne.

Il secondo caso riguarda un'altra donna con vizio pelvico grave: essa era in soprapparto con presentazione trasversale del feto. Un sanitario aveva precedentemente tentato la versione con manovre interne, estraendo *un piede ed un braccio.* L'O. in tali condizioni fece il *taglio cesareo,* poichè aveva anche osservato una rottura completa dell'uretra e di porzione della parete vescicale posteriore, prodottesi nei tentativi di estrazione.

La donna stette bene per qualche giorno: morì al 17.° giorno per *pioemia* da un ascesso formatosi nell'inguine destro.

Il terzo caso riguarda una donna con distocia, prodotta da un cancro del collo uterino. L'O. fece anche qui il taglio cesareo. La donna guarì dell'operazione: morì in seguito per diffusione del cancro.

Il quarto caso riguarda una donna operata l'anno avanti di *isteropessia* addominale ed *ooforosalpingectomia* sinistra. L'utero, allora gravido, era cacciato col suo collo in alto nello *stretto superiore* verso la *sinfisi sacroiliaca* sinistra: col fondo era fisso al ventre. Venne il travaglio. La dilatazione del collo era ben avviata, la testa fetale spostata lateralmente. La versione interna non poteva farsi a causa della posizione dell'utero. L'O. fece la laparotomia, cadde col taglio sulla zona placentare, ebbe un po' di emorragia. Espletò il parto e tamponò l'utero. La donna è guarita. L'isteropexi era stata fatta con due punti passati dal peritoneo parietale sulle parti laterali del fondo uterino. Si era avuto un ematoma, che aveva

prodotto anormali aderenze, causa forse prima della distocia. L'O. infatti ricorda altri casi di donne con l'utero fissato alla parete addominale, le quali partorirono come fisiologicamente.

Pestalozza ricorda un caso di distocia accaduto parimenti in donna a cui egli aveva fatto prima l'isteropessia.

La Torre. Ricorda e descrive diffusamente un caso di isteropexi addominale seguito da aborto al secondo mese.

Mangiagalli. Descrive la storia clinica di una sua laparotomia fatta pure a scopo ostetrico. Trattavasi di una donna pluripara con presentazione di spalla, trascurata dalla levatrice e dai medici, che prima avevano veduto la gestante. Procideva dalla vagina un'ansa intestinale, rappresentata dal colon discendente e dall'S iliaca, che si era fatta strada attraverso una rottura del segmento inferiore uterino, per la quale a domicilio dal medico condotto era stato estratto il feto. L'A. non riuscendo a ridurre l'intestino prolassato fece la laparotomia. Ritrasse l'ansa intestinale del crasso nel ventre ed essendo questa quasi completamente staccata dal suo *mesocolon* la riunì a questo con punti di sutura e praticò quindi l'amputazione utero-ovarica arrovesciando in vagina il moncone stretto con laccio elastico. Al quinto giorno la donna morì per gangrena dell'intestino prolassato.

Pinzani. Aggiunge, che il bambino della donna cancerosa di cui ha parlato vive ancora. Anch'egli ha avuto dei casi d'isteropexi seguiti da aborto.

Fabbri. Dice che egli ha consigliato nell'isteropessia di fare la sutura utero-addominale col catgut e poi di mantenere la posizione dell'utero coi pessari. Allora, quando il catgut è riassorbito, l'utero si conserva sempre in buona posizione e non si hanno più le aderenze di esse colla parete addominale, che, come è stato notato, sono spesso causa di distocia.

Il parto deve essere assistito dall'ostetrico o dalla levatrice?

Miranda incomincia col notare che egli ha trovato che in Italia dal 1887 al 1892 sono morte ben 32166 donne per infezione puerperale.

Due sono le teorie che si contendono il campo: l'etero-infezione e l'auto-infezione. Alcuni suoi studi l'hanno persuaso che la febbre puerperale devesi sempre ad etero-infezione, egli ha potuto dimostrare con altri autori che la vagina di una donna inesplorata è priva affatto di batteri. L'O. è persuaso che se non vi fossero levatrici e se meno medici assistessero le gestanti, si avrebbero molto meno infezioni puerperali. Tutte le leggi e le punizioni comminate dal codice provano il suo asserto. L'antisepsi e l'asepsi non potranno mai esser fatte da una donna incolta, che non ha cognizione alcuna dei fatti biologici, necessari alla batteriologia

ed all'igiene. Che cosa può chiedersi ad una donna che ha superato, Dio sa come, l'esame di quarta elementare?

Col poeta italiano bisogna ripetere alle levatrici il motto: « *o rinnovarsi o morire.* » Esse non potranno mai rinnovarsi, che elevandosi a livello di dottoresse. Sono dunque perfettamente inutili. Troppo danno hanno fatto in tanti secoli, ora basta: acconciatevi a morire, levatrici.

Concludendo l'O. crede, che la levatrice debba rassegnarsi ad essere un'infermiera e null'altro. L'O. chiede che la Società con un voto deliberi che il parto dovrebbe esser sempre assistito dall'ostetrico, esprimendo tale voto al governo, e facendo autorevoli pratiche per la sua pronta attuazione. La levatrice così com'è ora deve scomparire.

Pazzi, *Segretario della Società Emiliana delle levatrici*, crede che prima di chiedere una riforma così anarchica, dovrebbesi provocare l'abolizione di tutte le levatrici abusive e degli uomini, che solo in ostetricia si laureano.

La Torre. In America non ci sono levatrici. Ammette che la levatrice sia sola il più delle volte causa dell'infezione puerperale. Pensa che la riforma desiderata dal Miranda non potrà esser fatta d'un colpo. Per ora bisognerebbe che gli esami delle levatrici fossero più difficili e sopratutto la loro morale più alta.

Bordè. Crede che gli ostetrici si dividano in quelli che credono all'etero-infezione solo, e quelli che credono a questa ed all'auto-infezione o meglio auto-intossicazione. Egli è fra questi ultimi, quindi riconosce che anche senza levatrice si avrebbe l'auto-infezione, proveniente da decomposizione dei lochi. Del resto non è vero che la vagina sia per sè abatterica. Vi sono degli studi del dott. Clivio il quale ha trovato dei piogeni nel canale cervicale, che in un dato momento, possono divenire micidiali. E poi non si può negare che ci siano dottori che non fanno l'asepsi, che non si lavano. Questo è purtroppo vero. Quindi non aboliamo le levatrici d'un tratto: togliamo via quelle che non vogliono modificarsi e facciamo che da oggi in poi, le levatrici sieno migliori. Bisognerebbe anche istruire un poco il pubblico. L'O. ha visto delle puerpere infettate dalle proprie madri che la pretendevano a comari levatrici. Vi sono anche delle donne che si esplorano di per sè! Sono dunque anche fuori della levatrice molteplici le vie all'infezione.

Regnoli, *Presidente della Società romana delle levatrici.* Si associa in tutto a quanto ha detto il Bordè e crede che si otterrebbe buon risultato istruendo di più le levatrici.

Acconci. Crede che il tempo migliorerà le cose. L'antisepsi è sorta da poco, non è quindi entrata nelle menti della massa. Bisognerà essere più severi nella scelta delle donne che vogliono fare la levatrice. L'O. si ascrive fra gli ostetrici che credono alla etero-infezione. Crede pure che la vagina inesplorata sia abatterica. Egli ha avuto 290 parti senza una morta.

Marocco. Crede che le condizioni del perineo della gestante, abbiano una certa importanza nell'etiologia delle infezioni puerperali. I perinei aperti sono più facilmente causa d'infezione, inquanto permettono un più libero ingresso ai germi.

Miranda. Crede che la società italiana di ostetricia, abbia il diritto di emettere un voto come egli desidera. Si contenterebbe che la levatrice fosse cambiata in infermiera. La mancanza dell'ostetrico presso una gestante, oltre che per l'infezione, può essere dannosa per le emorragie. Del resto i paladini delle levatrici possono star sicuri. Se da questo momento non si patentassero più levatrici, ne avremmo ancora per 60 anni di quelle che oramai hanno acquistato il diritto di esercizio. Quanto all'etero-infezione, per lui è assicurata alla scienza. I germi trovati nella vagina di donne inesplorate furono durante l'esame portati dall'esterno.

Regnoli. Propone di nominare una commissione che studi e riferisca in proposito.

Guzzoni degli Ancarani. Crede che la Società dovrebbe emettere quattro voti. 1.° Che non si facciano più dei corsi accelerati per le vecchie esercenti l'ostetricia abusivamente. 2.° Che per essere ammesse alla scuola d'ostetricia, le aspiranti debbano avere ottenuta la patente di maestra di grado inferiore, od almeno sempre la licenza elementare. 3.° Che si tengano ogni quattro o cinque anni da competente persona delle conferenze sull'assistenza al parto, alle quali dovrebbero intervenire tutte le levatrici di una data zona; alla fine delle conferenze si farebbe un esame: coloro che non lo superano verrebbero sospese nel loro esercizio fino a che non si mettessero in grado di superarlo. Le conferenze fatte dall'O. a Novara, a Cagliari, e a Reggio Emilia diedero buon risultato. Coglie l'occasione per raccomandare una riforma nelle scuole d'ostetricia di Bari, Aquila e Catanzaro, nelle quali non vige il regolamento d'ostetricia delle altre scuole del regno, di Novara, Milano e Venezia. Non si oppone alla nomina della commissione.

Morisani si è occupato della cosa da molto tempo, per quanto riguarda le scuole di Bari, Aquila e Catanzaro. Ha fatto delle pratiche presso il Ministero fin'ora riuscite inutili. Pone ai voti la proposta Regnoli.

E approvata all'unanimità e l'assemblea si rimette alla presidenza per la nomina di questa commissione, che dovrà riferire in proposito nel prossimo congresso. Sono eletti commissarii i Signori: prof. Guzzoni (presidente) — prof. Truzzi — dott. Miranda — dott. Pazzi — dott. Regnoli.

Relazione del prof. **Mangiagalli** sul tema:

Risultati prossimi e remoti della isterectomia vaginale per carcinoma.

(Venne riferita *in extenso* nel fascicolo di novembre).

Acconci ha operato 17 cancri dell'utero con l'isterectomia vaginale. Non ha avuto una morta. Parla dei singoli casi e delle riproduzioni avute. Egli ha chiuso sempre il peritoneo, meno nei casi di lesione degli annessi in cui pose un drenaggio: ha fatto sempre l'allacciatura dei legamenti larghi risalendo dalla base verso l'alto.

Fabbri presenta la sua statistica: 25 casi con una morta per peritonite settica. Le recidive di cancro avvennero dai 5 mesi fino ai due anni e 4 mesi. L'epoca più lunga senza recidiva è stata di 5 anni.

Egli crede che le recidive avvengano sempre nei due primi anni. L'O. prima operava facilmente amputazioni parziali per cancro, ora fa sempre l'isterectomia vaginale. Ha fatto l'operazione col galvano-cauterio e col termo-cauterio solo quando aveva a che fare con epiteliomi limitatissimi o con donne alle quali non si poteva impunemente far perdere un poco di sangue.

Riconosce l'utilità di togliere coll'utero gli annessi, ma riconosce che in molti casi le difficoltà tecniche che offre la loro asportazione può compromettere la vita delle operate. Quanto alla tecnica si debbono avere tre scopi: 1.° impedire le inoculazioni; 2.° portare le legature molto lontano dal centro infetto; 3.° ottenere colle legature la caduta dei monconi. Per ottenere il 1.° scopo egli cauterizza la parte cancerosa prima di toglierla e talora la escide, poi lascia aperto il peritoneo e tampona l'apertura con soluzione alcoolica di solfofenato di zinco. Per il 2.° scopo e per il 3.° egli segmenta il legamento largo e poi pone le legature. L'O. dichiara che bisogna operare con calma, egli non concepisce le isterectomie fatte in 15 o 20 minuti.

Marocco ha fatto 13 isterectomie; ha delle donne senza recidiva da 4 e 5 anni. Una volta sola ha usato la forcipressura con esito felice. Durante l'operazione ha mantenuto sempre l'irrigazione continua. Le cure palliative del carcinoma dell'utero rappresentano un lungo tormento per le povere malate; è sempre preferibile tentare l'operazione. L'O. ha sempre lasciato aperto il peritoneo tamponando con garza in olio sterilizzato, che produrrebbe, secondo lui, un abbondante flusso sieroso peritoneale che funzionerebbe (a quanto assicura l'O.) come una lavanda.

La Torre. La discussione odierna rinfrancherà gli spiriti dei ginecologi, che avevano sospesi gli animi dinanzi alla triste esperienza, messa in luce nell'ultimo congresso della Società Italiana di chirurgia.

Regnoli ha fatto tre isterectomie: una per sarcoma e due per cancro iniziale. Ha avuto la riproduzione in 9 e 12 mesi.

Morisani. Riassumendo la discussione risulterebbe che l'operazione ha diritto a rimanere. I risultati prossimi sono ottimi, quelli lontani abbastanza buoni. L'importante è di operare a tempo quando il processo morboso è limitato. L'influenza del tecnicismo operatorio è molto relativa.

SECONDA SEDUTA SCIENTIFICA (16 Ottobre 1894).

L'uso dell'ossigeno puro compresso nella cura di alcune malattie uterine.

G. Gelli. Presenta una nota preventiva colla quale stabilisce che l'uso dell'ossigeno della Società inglese sotto nove atmosfere di pressione, fatto passare nella cavità uterina nella quantità di 30 litri ogni due giorni per 30 a 40 giorni giova nelle metriti croniche, endometriti, dismenorree, menorragie, leucorree, come risulta da due suoi casi clinici.

La castrazione nell'osteomalacia.

Relazione del prof. **Truzzi** (venne pubblicata *in extenso* nel fascicolo di novembre).

Lauro. Nella clinica di Napoli si sono operate 5 donne osteomalaciche con la castrazione. Tutte riportarono dall'operazione notevoli vantaggi.

Acconci. In un caso osservato nell'Ospedale di Genova l'O. fece la castrazione. Concorda col Truzzi che si debba coll'ovaie portar via anche l'utero; sebbene nel caso suo non potè seguire questo precetto per la ristrettezza della pelvi e della vagina. Non fece la isterectomia perchè gli parve in quel caso speciale troppo grave.

La Torre. Petrone dice di aver prodotto l'osteomalacia colla somministrazione dei nitriti. Noi dobbiamo credere alla sua asserzione. Dice inoltre che col cloroformio ed il cloralio ha guarito due casi. Credo necessario quindi emettere un voto che prima di passare all'operazione debbasi sperimentare la cura medica.

Trotta. La reazione dei nitriti del Petrone non avviene mai nell'urina emessa di fresco e perciò crede debba attribuirsi a fermentazioni. Le osservazioni dell'O. concordano con quelle del dott. Zuccaro e crede di poter asserire che il Petrone non sia nel vero.

Morisani. Nella nostra clinica la cura del Petrone, fatta per mesi e mesi, non dette risultato di sorta.

Lauro. Ai casi del Morisani ne aggiunge uno suo in cui con la cura medica non ottenne nulla. Però conviene che si debba sempre provare prima la cura medica.

Acconci. Crede che prima di fare un'operazione si debba tentare sempre la cura medica e per questo non occorre emettere un voto.

Campione. A Bari tratta da 46 giorni una e da 24 un'altra donna con cloralio ad altissime dosi, ma senza risultato per quanto riguarda l'osteomalacia.

Mangiagalli. Nell'anno passato ha avuto un caso gravissimo di osteomalacia con fratture multiple e non ha creduto d'intervenire per lo stato generale dell'inferma. Domanda se il prof. Truzzi ha trovato nulla nella letteratura che autorizzerebbe ad operare in questi casi. L'O. domanda inoltre la media procentuale di guarigione delle osteomalaciche messe in istato di non aver figli, senza che si proceda ad alcuna operazione.

Truzzi. Risponde che la cloroformizzazione nelle osteomalaciche non ha dato mai buon risultato. Nella letteratura non ha trovato nessun caso grave, come quello del Mangiagalli: crede però che si debba tentare anche la laparotomia appena si possa sperare che la donna sopporti l'operazione.

Dopo la seduta antimeridiana il dott. **Marocco** condusse i congressisti al suo istituto privato dove presentò loro da prima un

Capsulotomo per il trattamento dei fibroidi uterini sottomucosi ed interstiziali di piccolo volume

per la via della vagina.

Il piccolo istrumento, costituito di una lama breve a falcetto, fornita di una guida ed innestata su lungo manico, sull'estremo del quale trovasi il bottone, che regola la guida, la quale copre la lama, fu chiamato dall'A. *capsulotomo* perchè con esso si può incidere con una profondità millimetricamente misurata un punto qualunque della superficie interna dell'utero in cui si trovasse un fibroide di piccolo volume. Con tale incisione della capsula molte volte resistentissima sarebbe facilitato, secondo l'A., l'enucleamento spontaneo di tali tumori ed il loro allontanamento per la via vaginale. Di più il prof. Marocco presenta ai congressisti un

Nuovo letto d'operazione « il Policlinico. »

Questo nuovo letto operatorio approvato dal prof. Durante per il policlinico è un letto semplice, solido, elegante, capace di tutti i movimenti desiderati dal chirurgo; esso permette la ripulitura dell'operato e la sua fasciatura senza alcuno spostamento. La sua superficie è di cristallo. Questo è il modello che venne premiato all'Esposizione internazionale d'igiene a Roma (aprile 1894). L'A. l'ha ora perfezionato aggiungendovi una canalizzazione nel piano mediano per lo scolo dell'acqua, ed un pezzo tutto nuovo per il sostegno delle gambe per le operazioni di ginecologia vaginale.

TERZA SEDUTA SCIENTIFICA (16 Ottobre 1894).

Sul sarcoma deciduale.

Pestalozza. Ha voluto studiare l'origine del sarcoma deciduale o di quei tumori conosciuti sotto il nome generico di *deciduomi*. Ha esaminato il prodotto di diversi raschiamenti uterini fatti per varia ragione. Ha rinvenuto in due casi la esistenza di elementi simili a quelli deciduali, i quali elementi cellulari sembrano seguire i vasi sanguigni. Questi elementi si trovano anche al 3.° mese, dopo l'avvenuto aborto. Stando essi immediatamente al disotto dell' endotelio vasale dànno luogo ai veri sarcomi deciduali. Ricorda un caso in cui nell'utero emorragico esistevano delle masse molli, che altro non erano che deciduomi o sarcomi deciduali degli ostetrici. Questa donna all'ostio vaginale aveva un tumore bleuastro, che dopo sei giorni da una macchiolina, divenne del volume di una grossa noce, la quale altro non era che una metastasi neoplastica vaginale. Questo tumoretto fu asportato ed esaminato con sezioni in serie, nelle quali all'esame microscopico trovaronsi elementi cellulari uguali a quelli ottenuti col raschiamento uterino post-abortivo. Siffatti elementi stavano essi pure disposti lungo i vasi capillari nello stesso modo delle cellula deciduali. Nel caso speciale l'O. esclude che questo tumoretto fosse l'effetto di un innesto; ammette sicuramente il fatto metastatico. Dopo poco tempo la donna ebbe fatti metastatici polmonali del neoplasma. Ricorda casi consimili, nei quali egli si decise all' asportazione dell' utero in donne, che avevano avuto mole vescicolari con strascichi emorragici. In queste donne si erano formati dei deciduomi e dopo l'isterectomia in ambedue si ebbero metastasi polmonali ed in altri organi. L'O. mostra alcuni preparati microscopici di raschiamento uterino con reperto di cellule simili alle deciduali, ne mostra altri di deciduomi e dei disegni di molti preparati.

Acconci. In un utero tolto per altro fatto morboso trovò verso il fondo dell'utero un tumoretto grande come una ciliegia, schiacciabile così come il tessuto placentale. Questo tumoretto era fatto all'esterno di grosse cellule simili alle deciduali. Sotto questo strato eranvi delle areole costituite da elementi glandulari, tappezzati di epitelio cilindrico (le glandule ipertrofizzate). Questo l'esame microscopico. Di che si trattava dunque? Forse di un *adeno-deciduoma*. Così crede l'O.

Pestalozza. Nota che il decorso clinico dei deciduomi maligni è quasi sempre identico: metastasi vaginali prima e poi degli altri organi. La prognosi ne è sempre infausta.

Bordè. Pensa che i fatti metastatici vaginali di questi deciduomi possono essere anche interpretati come effetto di localizzazione neoplastica nel luogo di un

trauma facile ad avvenire durante le medicature o le operazioni che si fanno subire a queste donne.

I setti trasversali congeniti della vagina nella gravidanza e nel parto.

C. Ferraresi. L'A. richiama lo studio dell'origine dei setti anulari trasversali, che si incontrano nella parte alta della vagina nelle donne gravide. L'A. ha raccolto molti di questi setti e li ha sottoposti a ricerche istologiche. Parallelamente a questi studi ne ha condotti altri, riguardanti le vagine fetali. Ha concluso che nell'embriologia non trovasi la ragione etiologica di questi setti trasversali vaginali. La vagina nelle prime fasi dell'embrione è liscia. Ora come spiegare i setti che dovrebbero provenire dalle pieghe vaginali? Gli studi dell'A. condurrebbero ad affermare l'esistenza di veri setti congeniti e trovano difficoltà di distinguere questi dagli acquisiti per mezzo del microscopio. Dal lato clinico consiglia molta sorveglianza nel parto e pronto soccorso, magari con sbrigliamenti fatti prima di attendere gli squarci naturali talora pericolosi.

Tubercolosi peritoneale d'origine genitale.

Laparotomia. Guarigione.

Curatolo. L'A. fa la storia di una donna da lui laparotomizzata e guarita per tubercolosi peritoneale d'origine genitale. Passa in rassegna le varie teorie sul meccanismo di guarigione della tubercolosi peritoneale per mezzo della laparotomia. L'A. dà grande importanza all'iperemia *ex vacuo*, prodotta dall'allontanamento del liquido ascitico. A siffatta iperemia seguirebbe (secondo l'A.) un vero processo flogistico, peritoneale, perchè l'endotelio non è fisiologico. A siffatto processo flogistico sarebbe dovuta la guarigione della tubercolosi peritoneale, la quale del resto non ha mai carattere violento. L'A. conclude ritenendo giustificata la laparotomia in simili casi.

Enorme miofibroma sottoperitoneale del fondo dell'utero complicato ad alterazione degli annessi.

Isterect. sopravaginale (met. Schröder). *Guarig.*

Lauro. L'O. riferisce il suo caso, dimostra la rarità del caso clinico, specialmente quando sia considerato che si trattava di un tumore sottoperitoneale, il quale difficilmente acquista un tal enorme volume. L'O. crede che non esista altra osservazione di tumore unico, solido, di sì grande volume. L'O. s'intrattiene sulle

particolarità anatomo-patologiche, del tumore da lui estirpato, e sulle alterazioni dell'utero, dell'ovario e del legamento largo sinistro che lo obbligarono all'isterectomia sopravaginale piuttosto che alla semplice miomotomia. Riferisce la letteratura al riguardo per dimostrare che casi simili non esistono finora registrati. Nel caso occorsogli una diagnosi esatta era impossibile e ne riferisce le ragioni: ciò dice, perchè egli aveva diagnosticato molteplici miofibromi interstiziali con invasione del segmento inferiore dell'organo, per cui era per lui indicata l'isterectomia totale. S'intrattiene poi sul modo di crescimento del tumore per spiegare le particolarità riscontrate nella matrice all'esame anatomo-patologico. Richiama l'attenzione sopra una sutura (sutura da materassaio) da lui fatta nel caso speciale, sembrandogli in ogni caso meritare la preferenza, poichè essa rende più facilmente conseguibile l'ideale cui mirano i processi di trattamento intra-addominale e subperitoneale.

Un caso di isterectomia totale vagino-addominale per mioma dell'utero.

Regnoli. Ricorda nella letteratura della operazione, come essa dati dal 1830 consigliata dal Delpech, ripresa dal Rydygier e Bardenheuer (1880), poi da Köberle e recentemente modificata dallo Chaput. Freund accettando il metodo dice, doversi esso a Breisky, il quale per il primo ebbe l'idea d'incominciare dalla incisione della vagina. Martin aveva già preconizzato il processo con la sua operazione addomino-vaginale. Il Chrobak ha modificato il processo lasciando in basso un piccolo segmento di collo uterino che ricopre con la sierosa. Chaput in seguito, asportato il tumore per la via vagino-addominale, sutura il peritoneo dal di sopra, lasciando tutte le legature al di sotto verso il canal vaginale, prevenendo così le infezioni e facilitando l'emostasi in caso di emorragia. Riassunta in questo modo la storia della operazione, l'O. prescindendo dai casi in cui il metodo misto è consigliato *a priori,* crede che tutte le volte che il processo vaginale manda soverchiamente in lungo l'operazione, il ginecologo non dovrà esitare a terminare l'estirpazione dell'utero dalla via addominale. Nel caso dell'O. la scelta del metodo fu imposta essendo appunto divenuta impossibile la estirpazione della matrice dalla via vaginale, quando, isolato il collo, distaccata parte della vescica ed il retto e raggiunto ai lati il livello delle arterie uterine, che non furono potute allacciare, l'utero miomatoso non scendeva di una linea. L'O. allora completò l'operazione per la via addominale in breve tempo. L'esito fu felicissimo.

Pestalozza. In diversi casi simili a quelli del Regnoli si è trovato bene, scollando prima la vescica dalla via vaginale e poi terminando l'operazione dalla via dell'addome. Ricorda un caso riuscito con tal metodo operatorio a buon esito.

Note istruttive sul rivolgimento podalico interno.

Pazzi. L'O. appoggiandosi sopra tre fatti clinici, capitati nella sua pratica privata, sostiene la tesi che il rivolgimento podalico interno in certi casi deve esclusivamente praticarsi su due piedi e non sopra uno. Le cause che determinano ciò possono essere materne e fetali. Nei casi da lui riferiti due volte il feto presentava un auto-distesa sul tronco che diminuiva la flessibilità ed ostacolava l'evoluzione di esso sopra un solo piede. In un altro caso la tetania dell'utero produceva lo stesso effetto. L'O. non fa conclusioni, che sarebbero premature, ma invita i clinici ad occuparsi seriamente dell'argomento ed a dedicare un capitolo speciale nei trattati che fino ad ora mostrano questa lacuna importante e pericolosa per l'ostetrico pratico.

Preparazione di un forcipe perfezionato.

Bordè. L'O. presenta un forcipe tipo Simpson, corretto colle seguenti particolarità nel manico. Questo è tutto metallico d'un pezzo solo col resto del forcipe. Ciascuna metà ossia il manico di ciascuna branca è biforcato, composto di due aste parallele aperte all'esterno. L'asta interna è più corta e rigida, la esterna più sottile e molleggiante. Nelle due aste interne (mediane) che a forcipe chiuso si mettono a mutuo contatto, si può introdurre con tutta facilità un anello elastico. Nelle gemelle posteriori poi esiste un piccolo foro per dare inserzione alle funicelle. L'apparecchio traente nell'asse, che si può unire al forcipe per mezzo delle dette funicelle è composto di una semplice asta rettilinea, che in un estremo le riunisce e le porta in un bottone sopra un bariletto scorrevole. Detta asta agisce come leva. Questo apparecchio è somigliante a quello del Poullet, però l'O. ne dimostra le differenze e la superiorità. I vantaggi di questo forcipe, che secondo l'O. risponde meglio alle esigenze teoriche e pratiche, sono i seguenti:

1.° Il forcipe presenta pregi anche superiori anche al forcipe Simpson.

2.° Coll'apparecchio annesso la forza traente è applicata presso il centro di figura del capo fetale ed in una linea che passa per esso.

3.° Il forcipe insieme alla testa restano liberi di muoversi in tutti i sensi, di modo che è il bacino che ne regola i movimenti.

4.° Agendo con maggior forza sopra una funicella si può abbassare un estremo del diametro di presa prima e poi l'altro e spingendo l'estremo del manico traente verso il sacro, si può, occorrendo, abbassare il parietale anteriore.

5.° La compressione sul capo è minima: *a)* perchè è tolta ogni pressione della mano sul manico del forcipe; *b)* perchè l'anello elastico che è collocato sul

manico e presso l'articolazione del forcipe obbliga le cucchiaie a stare addossate alla testa, esercitando su di essa una pressione non dannosa e molto simile alla pressione, che naturalmente esercitano le parti molli materne.

6.° L'apparecchio traente descritto può applicarsi a qualunque forcipe, purchè si pratichi a questo nelle gemelle posteriori un foro od una intaccatura.

7.° Il forcipe per sè senza l'apparecchio traente è un ottimo forcipe, poco costoso, alla portata di tutti.

Pazzi osserva che:

1.° Se il dott. Bordè si era preoccupato di migliorare la potenza compressiva di un forcipe, doveva scegliere la forma parallela e non la crociata di esso.

2.° Che per migliorare la trazione nell'asse non doveva abbandonare il centro di figura delle cucchiaia, tanto più che il manubrio di trazione, dal Bordè proposto, devia in modo la direzione della forza traente da fuorviare l'asse direzionale della pelvi.

3.° Che ammessa l'utilità di trasformare i manici del forcipe in due forchette in modo che i rami esterni, molleggianti delle medesime smorzino la forza compressiva esercitata dall'operatore, queste forchette non debbano essere l'emanazione diretta delle cucchiaia. Questo errore potrebbe togliersi invertendo la direzione delle forchette.

Il dott. Pazzi si serve di una figura dimostrativa e riproduce sulle lavagne delle figure di meccanica ostetrica per dimostrare il suo asserto.

Regnoli. Crede che l'obbiezione del Pazzi al forcipe Bordè non valga per quanto specialmente riguarda la pressione con cui si trae la testa fetale. Egli pensa che deve essere la mano quella che guida la pressione dello strumento, non che l'istrumento debba guidare la mano.

Bordè risponde al Pazzi che, perchè la testa fetale scenda sull'asse direzionale pelvico, basta che la trazione sia fatta vicino e sull'asse del centro di figura. A ciò il suo strumento serve praticamente molto bene. Per quanto riguarda i manici doppi è meglio che la forza comprimente vada e si eserciti centripeta. Il ragionamento del Pazzi sarebbe giusto, se la testa fetale fosse fra i manici e non fra le cucchiaia.

Sulla patogenesi delle placente anomale, marginate, velamentose, irregolari.

Giglio. In seguito dalla sua nota preventiva sull'etiologia della placenta marginata, da lui pubblicata negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* di Milano e nella *Riforma Medica* di questo anno, l'A. ha spinto le sue ricerche ad un gran numero di placente (100 circa), tra le quali ne ha trovato 15 che ha ritratto con disegni,

perchè anomale. Queste placente sono più o meno marginate, presentano inserzione eccentrica del cordone od inserzione velamentosa, sono irregolari a forma di rene di lingua, ecc. A questa promiscuità di caratteri macroscopici si accompagnano delle alterazioni microscopiche di natura infiammatoria, comuni per tutte, per cui l'A. è d'avviso che esse rappresentino *una stessa entità patologica.*

Passando al dettaglio delle osservazioni istologiche, dice di aver trovato un complesso d'alterazioni d'ordine infiammatorio manifesto in tutti i suoi gradi e nei varii tessuti della placenta, per cui, invece d'ipernutrizione, come taluni vorrebbero, egli si è trovato di fronte a fatti di distruzione. La mancata nutrizione dei villi e l'atrofia degli stessi in un territorio più che in un altro importa secondo l'O. che la placenta non si sviluppi egualmente in tutti i suoi settori, ma in uno più, in altro meno, potendo mancare addirittura parecchi settori contemporaneamente. Volendo poi spiegare i caratteri distintivi della placenta marginata, l'A. dice, che *il margine, la piega, il cercine* limitante l'area *choriale,* la ristrettezza dell'*area vascolare* sieno dipendenti dalle alterazioni infiammatorie macroscopiche ed istologiche, che descrive minutamente. Combatte infine le teorie emesse sulla placenta marginata dal Fabbri, dal Ruge, da Spaet e Wedl, dal Küstner e da Krukenberg e passa alle conclusioni, ammettendo, che le placente marginate o nappiformi, le placente deformate, reniformi, a lingua, ecc., le placente con inserzione velamentosa del cordone sieno delle placente alterate probabilmente da causa flogistica.

Fabbri ricorda al proposito il caso di una placenta marginata centrale, la quale gli suggerì l'idea che la marginazione fosse data dal fatto, *che la vescica allantoide embrionale,* conservando la forma clavata, non si estendesse a tutta la superficie interna choriale. Se questa teoria è giusta, fra il chorion e l'amnios in corrispondenza del margine non deve trovarsi l'allantoide. Prega il dott. Giglio a voler estendere le sue ricerche su alcuni tipi di placente marginate, quelle cioè, dove l'area coriale è un disco quasi perfetto e la inserzione del funicolo vi è centrale, la quale regolarità e simetria di forma indusse nel prof. Fabbri l'idea della sua ipotesi; poichè le altre forme asimmetriche sarebbero assai bene spiegate dalla teoria delle alterazioni patologiche vasali trovate dal dott. Giglio, mentre per altri casi è evidente la etiologia della compressione esterna, come nelle gravidanze multiple, nelle quali spessissimo vediamo un margine della placenta di un feto con un suo lembo coriale insinuarsi sotto il sacco dell'altro uovo.

In fine della seduta la presidenza assegna per il prossimo congresso i seguenti temi ai seguenti soci, che ne faranno opportuna relazione:

Al prof. **Pestalozza** il tema « *Ematocele periuterino.* »

Al prof. **Truzzi** il tema « *Asepsi ed antisepsi nel parto.* »

Al prof. **Acconci** il tema « *Estrazione manuale nel parto podalico.* »

QUARTA SEDUTA SCIENTIFICA (17 Ottobre 1894).

I pessari nelle retroversioni e retroflessioni dell'utero (1).

Fabbri. La sfiducia nei mezzi forniti dalla piccola ginecologia è data da una causa duplice. 1.° Essi mezzi sono tecnicamente poco conosciuti; 2.° non si sa fra tutti scegliere, per l'applicazione, il migliore. Così accade per i pessari ed il loro uso.

L'O. incomincia ricordando come nei trattati il pessario consigliato è quello di Thompson, perchè, dicono i più, spinge molto indietro il fornice posteriore rilasciato. Ciò non basta, dice l'O. per la cura ortomorfa. Per scegliere il pessario utile in ogni caso speciale bisogna prima fare esattamente la diagnosi della posizione viziata dell'utero. Tale diagnosi si fa per solito coll'esplorazione vaginale e vagino-addominale. L'A. propone anche l'esplorazione rettale, che spesso fornisce dati, che prima erano passati inosservati cogli altri metodi di esplorazione. Del resto essa è necessaria nelle vergini e nelle donne con addome poco cedevole.

E non si creda che la diagnosi sia sempre facile. L'O. ricorda un caso in cui egli stette in dubbio se trattavasi di forte retroversione o di antiversione. Talora ad esempio, riesce difficile di sapere se il corpo che sta sul retto sia corpo o collo uterino. Giova in questo caso la ricognizione del punto donde partono le pieghe del Douglas: dal basso o dall'alto. La vescica piena spesso offre difficoltà diagnostica grande, così fisiologicamente essa quando è ripiena, dà una retroversione uterina, che scompare colla sua vuotezza. Talora, per lo contrario, accade l'inverso: la vuotezza cistica induce una retroversione. A tutti quelli che osservano ripetutamente una donna prima di pronunziare un diagnostico, sarà facilmente accaduto, che mentre in un giorno pareva che una stessa donna fosse affetta da antiversione il giorno dopo pareva invece affetta da retroversione. Ciò accade sovente nei casi di utero mobilissimo. L'O. consiglia sempre di ripetere l'esame di una donna due o tre volte prima di emettere un diagnostico. Intanto una soverchia mobilità deve mettere subito in sospetto di un fatto patologico. L'O. ricorda come spesso vadano confuse la retroversione e la retroflessione. L'errore diagnostico può dipendere dal fatto, che la parete posteriore dell'utero, soggetta ad iperemia ipostatica, s'ipertrofizza e ciò accade specialmente in corrispondenza del labbro posteriore. Questo fatto mentisce la flessione, esso fu notato anche da Schroeder. In questo modo e con tal

---

(1) Riporto un po' meno succintamente la comunicazione del Fabbri perchè mi pare di grande utilità pratica.

momento etiologico l'O. ha visto formarsi come una specie di *gozzo* della parete posteriore, il quale può essere interpretato come una retroversione e se vi è ectropion del labbro posteriore come una retroflessione.

I tedeschi hanno considerato dei casi di retroversione con antiflessione. Del resto questo fatto, ammesso anche dall'A., si ha sempre dopo l'operazione dello Schücking. L'O. crede che i casi di retroflessione di uteri gravidi con sviluppo della parete anteriore non sieno che casi di retroversione con antiflessione. Ricorda un caso simile. Oltre alla diagnosi dell'alterata posizione bisogna far quello delle complicanze, che possono anche impedire l'uso dei pessari. Così vanno annoverate fra queste la cortezza della vagina, le flogosi dell'endometrio (in questi casi l'A. adopera il pessario e i lavaggi della cavità uterina con una sottile siringa a doppia corrente di Bozemann). Fra le complicanze non va dimenticata l'asimmetria dei fornici. La cura ortomorfa dell'utero non è inutile, come credono alcuni: tutt'al più essa può esser trascurata dopo l'età critica. Il catarro senile delle vecchie spesso ostacola la cura ortomorfa. L'O. ha vinto questi catarri con iniezioni endouterine zuccherate. Giunse a questo metodo di cura avendo osservato che il catarro senile è sempre alcalino e manca dei bacilli di Doderlein i quali, come è risaputo, si trovano in un ambiente zuccherino. Dopo parecchie lavande zuccherate l'A. trovò i detti bacilli. Del resto quando non c'è cistocele il catarro delle vecchie può anche essere trascurato. Quando invece c'è cistocele occorre la cura, perchè l'utero piccolo, vecchio, sotto l'influenza della pressione addominale cade tutto sulla vescica, da essa non sostenuto: di qui l'impossibilità dell'uso dei pessari.

Occorre talora oltre la repulsione di tutto il corpo uterino indietro anche un sollevamento del fondo nello stretto superiore. Talora per ottenere questo effetto si provoca una retroversione uterina che impedisce di afferrare l'utero dalla via dell'addome. All'O. ha giovato allora di provocare il movimento desiderato premendo sull'istmo uterino anteriormente dal fornice; ottenne così una specie di movimento di *bascule* che provocò l'antiversione. Quando ciò non è possibile si cercherà di ottenere l'effetto, spingendo anteriormente l'utero colla mano dalla via del fornice posteriore. La sonda uterina va usata con precauzione. Questo istrumento è sempre senza pericolo se da esso non si vuole più di quello che può dare. La sonda di Sims, a torto dimenticata, dà buoni risultati. Talora per il raddrizzamento può servire la stessa sonda da lavaggio. Ottenuta la buona posizione giova mantenerla colle dita, mentre un assistente toglie la sonda. Talora per la piccola operazione occorre la cloroformizzazione, che l'O. consiglia sempre ai giovani ginecologi.

Il pessario deve sostituire gli ordinari legamenti dell'utero. Esso agisce solo sulla vagina dando ad essa una certa rigidità, agendo specialmente sul fornice posteriore. Vi sono dei pessari che agiscono direttamente afferrando il collo dell'utero però sono quasi abbandonati. L'ordinario pessario di Hodge serve bene colle sue

curve normali. Esso tiene tese le pareti vaginali specialmente la posteriore: e come è risaputo, tutta l'importanza del pessario sta in questo fatto. Se manca la detta tensione il collo può scivolare sul pessario, che non lo sostiene e torna la retroversione. Ciò accade nelle vagine con la parete posteriore eccessivamente lunga. In tal caso basta prendere un pessario più lungo. Questo però non può essere adoperato nelle vagine che hanno la parete posteriore lunga e l'anteriore brevissima, allora bisogna scegliere un pessario a gozzo, a curva lunga. Questo però non tende affatto la parete anteriore. Serve bene in questi casi il pessario Thomas. Occorre che il becco anteriore del pessario sia non molto stretto. Esso deve essere sostenuto dalla parete vaginale anteriore. Se questa è floscia il becco del pessario cade innanzi e la parete posteriore cessa di essere tesa. In questo caso giova il pessario a culla o quello a slitta di A. Smith. L'O. dà la preferenza al pessario di Prochownik. Esso è molle nell'acqua bollente, quindi variamente foggiabile; nell'acqua ghiacciata esso diviene nuovamente rigido. Esso può perciò servire in parecchie contingenze. Questo pessario è poco conosciuto anche in Germania. Il Martin, il Fritsch, lo Schmidt non ne parlano. È però facile comprendere come esso riesca praticamente utilissimo.

Guzzoni. Ricorda il *pessario* del Cuzzi a *sbarra trasversale*, anch'esso è molle e foggiabile perciò nell'acqua calda a piacimento. È fatto di celluloide.

Fabbri. Conosceva il pesario Cuzzi. La sbarra trasversale talora impedisce i cambiamenti di forma che si vorrebbero dare al pessario. Se manca in un caso il muso di tinca, il pessario Cuzzi non vale più, perchè l'ampiezza della finestra di esso non può farsi più grande del becco posteriore. Queste sono obbiezioni teoriche, che spera, saranno tolte di mezzo da una esperimentazione che l'O. farà del pessario Cuzzi, poichè ne ha richiesto una serie a questo scopo.

Namias. Si serve già da molti anni del pessario Cuzzi e se ne trova bene non ostante la presenza della sbarra trasversale, che solo in pochi casi è di ostacolo.

Il prof. **Pestalozza** riassume in poche parole le seguenti due comunicazioni del dott. **Bidone**: « *Di un tumore cheloide dell' ovario; — Il rabdomioma della vagina.* »

Un parto cesareo e due sinfisiotomie.

Lauro. Ricorda sommariamente la osservazione clinica di un parto cesareo conservatore. Non crede di approvare sempre la pratica di sterilizzare le donne cesarizzate. In ogni caso pensa, se sia necessaria la sterilizzazione della donna, di farla, piuttosto che con gli altri metodi, con la legatura semplice della tuba nell'estremo uterino di essa.

Descrive poi i due casi di sinfisiotomia. L'O. crede di avere operato il primo

con indicazione nuova: quella cioè della conservazione della vita del feto. Tratta vasi di donna (con C. V. di mill. 87) la quale aveva avuto un parto precedente espletato per mezzo di cranioclasia, ed ora presentavasi con feto in presentazione trasversale. L'O. dice di aver tentato inutilmente la versione cefalica con manovre esterne, avendo avuta l'intenzione se riusciva di far poi un'applicazione di forcipe. Fu allora che fece invece la sinfisiotomia, ottenendo feto vivo. L'O. fa l'elogio del suo procedimento, mostrando come la vita del feto sarebbe stata posta in pericolo con qualunque altro processo operatorio, anche con quello del Croback, che più si avvicina al suo e che consiste nella versione podalica, sinfisiotomia ed estrazione manuale.

L'O. descrivendo la sua seconda *sinfisiotomia* vuol dimostrare come essa sia stata fatta con un processo nuovo, che consisterebbe: 1.° in un'incisione di 3 cm., terminante al margine superiore della sinfisi; 2.° nel distacco delle fibre tendinee dei *Retti addominali* nel punto di loro inserzione ai pubi; 3.° scollamento dei tessuti ed organi retropubici, fatto dall'indice della mano sinistra immerso nell'incisione; 4.° immissione del bisturì bottonuto sinfisiotomo (che ha una porzione tagliente, *estesa tanto solamente, quanto è l'altezza della sinfisi*) sulla guida del dito rimasto in posto e sceso a tale profondità, che l'apice del suo polpastrello superi la sommità dell'arco pubico; 5.° fissazione del bottone del bisturì nel mezzo della falangetta, ed immersione della parte tagliente *più vicina al manico* dell'istrumento (mediante leggero movimento di sega) nella parte alta della sinfisi, riconoscibile alla sua caratteristica insenatura; 6.° semplice ed energica pressione esercitata dal dito guidatore sul dorso del bisturì, con che si apre la sinfisi.

L'O. assicura, che con questo metodo gli organi sotto pubici sono sempre e facilmente garantiti e lo sono dal dito, che fissa il coltello e gli toglie ogni libertà di movimenti di lateralità.

Scarlini. A proposito del mezzo, accennato dall'O., della sterilizzazione della donna colla legatura sola delle trombe, egli crede che esso può talora non riuscire allo scopo. Il prof. Falaschi a Siena ebbe occasione di fare in una donna l'ovariectomia a destra per ovaio cistico e la legatura semplice della tuba sinistra a scopo di rendere sterile la sua operata. L'operazione riuscì senza effetto, poichè la donna divenne nuovamente gravida.

Namias. Non crede che dopo la cesarea convenga sterilizzare la donna colla sola legatura delle trombe. Ad addome già aperto è meglio toglier via le ovaie. L'O. dichiara però che egli non sterilizzerebbe mai una donna senza una ragione netta ed indiscutibile. A lui sembra che sia lecito al ginecologo di sterilizzare solo le osteomalaciche. In talune contingenze pensa che toglierebbe via l'ovaie anche per la cura dei miofibromi. In uno di questi casi l'O. non potè porre in pratica questo suo concetto, perchè la malata rifiutò di farsi rendere sterile, perchè prossima al matrimonio.

Guzzoni. Ricorda un caso di sinfisiotomia fatta nell'identiche condizioni e per le stesse indicazioni di quella descritta dal dott. Lauro. Questo caso è pubblicato negli *Archivi di medicina* di Venezia. Ricorda pure un caso di una donna vista a Cagliari, la quale gli fece pensare se non fosse stato in quelle condizioni miglior procedimento la sinfisiotomia. Trattavasi di una gestante con bacino viziato e presentazione trasversale del feto. La versione era impossibile. L'ostetrico che assistè la donna fece la disarticolazione del braccio destro e la legatura (così egli assicura) dell'arteria ascellare in sito. Allora potè introdurre una mano nell'utero e fare la versione. La madre morì, il feto visse.

Curatulo. Non ha ben compreso in che consista il nuovo processo di sinfisiotomia ideato e descritto dall'O. Per quanto riguarda l'indicazione della sterilizzazione della donna, egli pensa che essa esista chiaramente anche per le rachitiche, non solo per il fatto ostetrico, ma anche per quello umanitario ed antropologico. Perchè non si dovrebbe impedire, se si è in condizioni di farlo (come dopo una cesarea) che una rachitica dia la vita a nuovi esseri rachitici?

Pazzi. Ha eseguito una sinfisiotomia nelle condizioni nelle quali la eseguì il dott. Lauro. Trovò difficile il procedimento, ma ottenne buon risultato: trattavasi di una sinfisi quasi ossificata.

Bompiani. Vorrebbe migliori spiegazioni sul caso riferito dallo Scarlini. Egli ha fatto pure una sinfisiotomia per l'identiche indicazioni del dott. Lauro. La donna guarì sebbene fosse stata ferita la vescica.

Bordè. Anch'egli dà molta importanza alla vita del feto, ma ricorda al dottore Lauro, che l'ostetrico deve cercare sopra tutto di salvare quella della madre. Egli quindi abbasserebbe ancora di un poco il limite minimo della C. V. indicato dal dott. Lauro per giustificare la sinfisiotomia. Con la C. V. di 87 mm. il feto sarebbe uscito vivo anche senza la sinfisiotomia. Egli in quel caso avrebbe fatto direttamente la versione podalica. Non si deve considerare la sinfisiotomia come operazione di nessuna gravità.

Scarlini. Dà maggiori spiegazioni sul caso del Falaschi di Siena.

Lauro risponde a tutti gli oratori: crede che la legatura della tuba, quando essa interrompa la continuità dello stato mucoso debba assolutamente bastare per la sterilizzazione della donna. Se la legatura è fatta bene, la tuba diventa un lacerto fibroso attraverso il quale non passano ovi. L'esperienza di Caruso sugli animali lo dimostrano chiaramente. Per quanto riguarda il metodo di sinfisiotomia da lui proposto l'O. ricorda i processi di Morisani, Pinard, Caruso e Faraboeuf; ed in fine ripete la descrizione del suo processo operatorio.

Al dott. Bordè l'O. risponde che l'ostetrico deve tenere in altissima importanza anche la vita del prodotto del concepimento: e che la misura del bacino materno non basta da sola a stabilire l'indicazione della sinfisiotomia. Occorre tener pure conto delle dimensioni della testa fetale.

Risponde al dott. Bompiani che la sua precedenza operatoria non era registrata e quindi non poteva esser conosciuta; al prof. Guzzoni che egli non conosceva il caso di sinfisiotomia da lui riferito e pubblicato negli *Archivi* di Venezia.

Gravidanza gemellare monocorion poliamniotica. Feto anencefalo e feto papiraceo.

Il dott. **Curatulo** ha già pubblicato questa sua comunicazione nel Resoconto dell'Accademia Medica di Roma. Vedi *Riforma Medica,* 1894, vol. 3.°, n. 8, p. 92.

L'O. accenna quindi sommariamente al caso clinico e mostra il sacco amniotico ed i due feti.

Prof. **Fabbri.** Per quanto riguarda il polidramnios nel caso speciale, dà una spiegazione nuova. L'O. ha già emesso l'ipotesi che il liquido amniotico sia continuamente deglutito dal feto che vive, fisiologicamente. Accettata questa ipotesi, non è più difficile cosa la spiegazione del polidramnios nelle gravidanze di feti mostruosi anencefali od emicefali, i quali non possono deglutire.

Parto prematuro. Sinfisiotomia e cefalotripsia.

Contributo clinico e considerazioni sulla necessità morale e sociale di un indirizzo ostetrico concorde come negli scopi così nei mezzi.

Dott. **C. Marocco.** L' O. ad onta delle conclusioni alle quali si giunse nell'ultimo congresso internazionale di Roma, crede che non sia inutile ritornare sulla questione della scelta di uno dei tre procedimenti operatori innanzi ad un bacino stretto. L'O. non nasconde le sue preferenze per il parto prematuro, citando casi della più alta importanza. Parla delle ossificazioni precoci del capo fetale a termine, le quali, quando esistono, non possono essere sospettate e rendono insufficiente la mancata sinfisiotomia oppure molto laboriosa una cranioclasia. L'O. accenna ad un caso occorso a lui nel quale sarebbe stato miglior procedimento la provocazione del parto prematuro.

Morisani. La questione fu a lungo trattata nell'ultimo congresso ove si stabilirono nettamente le indicazioni della sinfisiotomia. Non gli sembra che a così breve distanza sia opportuno ritornare sull'argomento.

Sull' uso dei pessari ad uovo nei casi di prolasso utero-vaginale. — *Contributo di casistica.*

Dott. **C. Marocco.** Presenta 15 casi di donne con prolassi totali trattate col pessario ad uovo. I risultati sono stati ottimi. L'O. insiste sulla necessità di far precedere all'applicazione del pessario un accurato esame della paziente dal quale

risulti: 1.° la completa distendibilità del fondo vaginale; 2.° l'esistenza di un bordo vulvo-perineale, che serva di remora e di sostegno al pessario. L'O. quindi in alcuni casi prima di porre in vagina il pessario ha sottoposto le pazienti a delle piccole operazioni: come *rimozione* o *distendimento* di *briglie cicatriziali, perineorafia ecc.*

Della rachiotomia e cranioclastia sulla testa seguente in bacini ristretti.

Dott. **F. S. Rocchi.** L'A. accennato brevemente quanto si fa da altri per la perforazione e la riduzione della testa seguente, descrive il processo da lui eseguito secondo i precetti del prof. Pasquali.

Consiste questo processo nell'aprire verticalmente lo speco vertebrale del feto nella porzione cervicale con un paio di forbici, di cui una branca non abbandona mai detto canale e l'altra scorre sotto i tegumenti del feto. L'operazione è facile e non lede affatto le parti materne. L'estrazione si può fare introducendo nella cavità del cranio l'uncino che il Braun propone per uncinare le anche, nelle presentazioni delle natiche. Con questo uncino si ottiene la flessione della testa e l'abbassamento della metà posteriore della base del cranio, che facilitano la discesa. Il dott. Regnoli adoperò a questo scopo con buon esito l'uncino decollatore di Braun. Se occorre la riduzione giova bene il cranioclaste di Braun, di cui la branca interna si introduce nel cranio per il canal cervicale-vertebrale.

Pinzani riferisce un caso occorso nella clinica ostetrica di Bologna, nel quale col craniotomo di Naegele si penetrò attraverso il collo ed il forame occipitale nella cavità cranica e coll'uncino da inguine si abbassò la parte posteriore della base e così si completò l'estrazione del feto.

Regnoli ringrazia il collega Rocchi per la cortesia usatagli coll'aver ricordata una sua nuova applicazione del decollatore di Braun, per le flessioni forzate della testa seguente nelle rachiotomie.

Lauro. In un caso di testa seguente egli, dovendo praticare la riduzione del capo fetale, immerse il craniotomo di Blot fra le parti molli componenti il lato del collo corrispondenti all'arcata pubica, e scavandosi così una via che garantisce meglio (a lui sembra) le parti materne, potè felicemente perforare dalla base il cranio.

Rocchi. Il processo adoperato dal prof. Lauro è analogo a quello che Hyernaux attribuisce ad Hubert padre. Il processo è ben descritto nella sua memoria.

Contributo alla etiologia dell'asfissia invincibile del neonato.

Prof. **E. Fabbri** ramenta come si ritenga dai più che fino a che il sacco amniotico è integro, il feto non soffra. Vi sono dei casi che proverebbero il con-

trario. Fa la storia di un parto podalico con gli arti inferiori estesi sul petto. L'impegno delle natiche era profondo. Questo caso ammaestrò l'O. che anche a sacco integro in tali contingenze il feto, per la compressione del suo funicolo facendo delle profonde ispirazioni e con esse anche delle ingestioni di meconio, nasce asfittico e può morire subito; oppure in seguito per pneumonite *ab ingestis*. L'O. insiste per dimostrare che in queste condizioni il feto soffre solo per le profonde inspirazioni, che fa e che non potrebbe fare a sacco amniotico aperto. Giova dunque, avvisate delle sofferenze fetali, di rompere subito il sacco, quando ci si trova innanzi ad uno di questi casi. Il feto si trova nella condizione di fare profonde inspirazioni parimente a sacco chiuso nel caso di bacino piatto e procidenza di funicolo.

La rottura dei vasellini fetali, specialmente di quelli del funicolo, può produrre sofferenza fetale e profonde ispirazioni, che possono pure uccidere il prodotto del concepimento. L'A. ha fatto degli esperimenti in proposito sui gattini nei quali provocò inspirazioni letali con la rottura di vasellini fetali. L'O. pensa che il fatto dipenda da diminuita pressione sanguigna nel feto.

Cura chirurgica delle retrodeviazioni fisse dell'utero.

Prof. **Acconci**. Nelle retroversioni dell'utero fissate da aderenze perimetritiche conglobanti o meno gli annessi, l'A. usa aprire lo spazio del Douglas, distaccare le aderenze, liberando l'utero e gli annessi e quindi, dopo suturata la ferita, pratica la vagino-fissazione alla Mackenrodt. Nei casi di concomitante processo flogistico cronico dell'utero, fa precedere il raschiamento dell'endometrio e la escisione del collo. Cinque casi operati in tal modo nel corrente anno dettero buon risultato.

Il trattamento Hildebrandt nei tumori fibrosi dell'utero.

Curatulo. Crede che non sia inutile parlare ancora di questo metodo terapeutico, che egli ha trovato efficacissimo in casi di veri miomi. Vi sono ad esempio delle ammalate, che non si vogliono sottoporre ad un atto operativo, o che sono in tali condizioni che non permettono un'operazione. In questi casi l'O. provò il trattamento Hildebrandt. Riferisce la storia clinica di 10 casi, in 6 dei quali ebbe ottimo risultato per diminuzione del tumore e per la scomparsa delle emorragie dopo 60 ad 80 iniezioni. Come materiale d'iniezione l'O. usa l'ergotina in soluzione sterilizzata e bollita, con l'aggiunta di poche goccie di cloroformio.

La piccola ginecologia nella cura dei fibromi uterini.

Fabbri. L'O. dice che egli prima di ricorrere alla laparotomia suole chiedere sussidio a tutti i mezzi che dà la piccola ginecologia per combattere i tristi effetti

che possono provenire dall' utero fibromatoso. Per sedare le emorragie ha ricorso a tutti i mezzi astringenti e talora al raschiamento, ottenendo da questa sua pratica risultati insperati. Nel curare la metrorragia l'O. pone in rilievo il fatto, che essa possa dipendere da piccolissimi miomi o fibrometti liberi nella cavità uterina e che non si tolgono e talora non si diagnosticano se non si dilata prima il collo dell'utero. In un caso liberò una donna da un fibroma piccolo sottomucoso colla pinza di Schültze. Detto fibromino aveva dato luogo a delle emorragie che non erano state vinte con iniezioni astringenti di varia natura. Dalla vagina l'A. facendosi la via da uno dei fornici, ha estirpato dei fibromini che s'iniziavano sulla superficie esterna peritoneale dell'utero. In questo modo coi mezzi forniti dalla piccola ginecologia l'O. ha tolto parecchie donne, al pericolo, sempre di una certa importanza, di una laparotomia.

Morisani. Per la estirpazione dei fibromi sottomucosi dell'utero ha adoperato la pinza Rizzoli, modificandola in modo che le branche potessero separatamente introdursi ed articolarsi poi fra loro, come quelle del forcipe.

La Torre. Fra i mezzi forniti dalla piccola ginecologia non vuole dimenticata l'utilità della cura elettrica e specialmente dice questo per la cura dei fibromiomi uterini.

Sui concrescimenti omento-entero-addominali post-chirurgici.

Marocco accenna a due sue malate, una delle quali laparotomizzata tre volte in sei mesi, l'altra laparotomizzata per guarirla di concrescimenti gravissimi endoperitoneali, che datavano da 25 anni, in seguito a probabile gravidanza extrauterina. L'O., edotto da questi fatti consiglia l'uso del *catgut* nella sutura della sierosa e l'uso dell' olio sterilizzato a prevenire i detti concrescimenti od impacchi flogistici omentali, dei quali accenna la sintomatologia.

Di una modificazione della manovra di Veit per l' estrazione del capo posteriore al tronco.

Pazzi. L'A. in tre casi dopo aver usato inutilmente la manovra di *Praga*, il metodo di Wigand-Martin, di Weit e di Fritsch, usò il seguente metodo, che raccomanda: Abbassamento del mento e rotazione del capo durante l'estrazione di esso.

Nota terapeutica sul trattamento dell'aborto.

Marocco. L'O. si dichiara contrario al frequente uso ed abuso dell'ergotina nell'emorragia ante-abortiva. Egli, persuaso che la perdita sanguigna si deve solo

all'incompleto distacco dell'uovo, non si occupa d'altro che di favorire l'isolamento completo del prodotto del concepimento, tamponando fortemente la vagina con garza glicerinata, aggiungendo per uso interno la pozione calmante seguente:

Fenacetina.	cg. 30
Idroclorato di morfina	» 1

Fa con zucchero q. b. un polvere — dà di tali polveri N. 3.

L'O. crede, e la sua pratica lo dimostrerebbe, che il numero di tali polveri è sufficiente, somministrate a circa un'ora di distanza, a calmare spontaneamente il dolore nelle 24 ore, l'utero si vuota con sofferenza quasi nulla del suo contenuto. In un'esperienza di oltre 10 anni egli ha trovato questo metodo sempre utile.

A proposito del parto sei-gemellare descritto dal dott. Vassalli.

Guzzoni degli Ancarani. Più che una comunicazione egli fa una dichiarazione innanzi alla Società, con la quale desidera giustificarsi della taccia di malafede, di cui è stato accusato testè in una pubblicazione del dott. Vassalli. Si tratta del caso di gravidanza sei-gemellare del predetto dottore, caso dall'O. preso in esame in una sua recente pubblicazione, nella quale egli dovè concludere, che per le circostanze nelle quali il caso era stato descritto, non poteva essere accettato. Il prof. Cuzzi nel suo poderoso trattato mette anch'esso in dubbio il caso.

Ora, che cosa è avvenuto?

Al Congresso internazionale il dott. Vassalli reclamò sulla veridicità del suo referto e su proposta di altro egregio collega si votò se esso era o no da accettare ed il Congresso stabilì, senza conoscerne i particolari, che il caso clinico annunciato era vero. Ora l'O., respingendo l'accusa di malafede e ripetendo le dichiarazioni di onorabilità verso il collega dott. Vassalli, tiene assai a rinnovare i suoi dubbi e a dirne le ragioni.

L'O. accenna al caso clinico e dice che, per l'inverosimiglianze colle quali è descritto non può essere accettato; difatti, secondo lo stesso dott. Vassalli, il primo feto fu visto nascere dalla levatrice e non da lui; non fu conservata la placenta, quantunque sia detto nella prima comunicazione, che essa fosse stata mandata quale pezzo giustificativo, nell'Istituto ostetrico di Milano. In questa comunicazione il dott. Vassalli dice che egli tenne *per quattro ore* il suo braccio nella cavità uterina della gestante per combattere l'emorragia da scollamento placentare. L'O. ritiene ciò impossibile.

Procedendo nella descrizione del caso clinico, si apprende che l'estrazione della placenta venne fatta da altro collega, il quale in essa trovò un altro feto vivo, nel suo sacco. Gli altri quattro feti sarebbero usciti mentre durava l'emorragia. L'O.

domanda se non devesi ritenere come assai improbabile il fatto di una sola placenta con sei feti e sei sacchi amniotici. L'O. accenna anche all'inesattezza del titolo, dato dal Vassalli alla sua comunicazione: « *sesquigemellare* » poichè *sesqui* non vuol dire *sei*, ma *uno e mezzo*. Per le ragioni suddette e principalmente per la mancanza della placenta e per il modo col quale il caso clinico è narrato, l'O. senza essere accusato di malafede, crede di potere mettere in dubbio il detto parto *sei-gemellare*. Se il dott. Vassalli avesse scritto che egli aveva assistito un parto di sei feti, l'O. l'avrebbe creduto senz'altro.

Non furono comunicati i seguenti temi, già annunciati al Comitato esecutivo permanente di Roma perchè gli autori erano assenti:

1.° Dott. F. Candia. « Cura radicale e palliativa del cancro uterino. »

2.° Dott. G. Zuccaro. « Appunti sull'etiologia e cura dell'osteomalacia. »

3.° Dott. P. S. Ferrari. « L'epitelio amniotico nelle diverse epoche della gravidanza. »

4.° Idem. « Tubercolosi primitiva dell'utero. »

5.° Dott. Candia. « Operazioni plastiche sul collo dell'utero e sulla vagina nelle flogosi croniche della matrice e del collo con spostamento di essa. »

6.° Dott. E. Casati. « Nuova operazione per la cura del prolasso dell'utero. »

7.° Prof. E. Pasquali. « Considerazioni sulla terapia del prolasso uterino. »

8.° Dott. L. M. Bossi « Sulla dilatazione graduale meccanica del collo uterino in ostetricia. »

9.° Dott. Candia. « La corrente galvanica negativa intrauterina nell'amenorrea precoce e nella dismenorrea (metodo Apostoli). »

10.° Prof. E. Negri. « Un caso di mammella dorsale lattifera. »

11.° Dott. Candia. « Su di un caso di rottura antica completa del perineo guarito col processo di *retto-perineo-plastica* di Lawson-Tait e la sutura a piani col catgut. »

12.° Dott. Pini. « Cinque casi di antica lacerazione del perineo felicemente operati. »

L'Assemblea sceglie per l'epoca del futuro congresso l'ottobre 1895 od il marzo 1896, rimettendosi al comitato permanente per la scelta di una di queste due date, perchè essa non debba essere troppo vicina a quella del congresso ostetrico di Ginevra, la quale non è parimente ancora fissata.

L'Assemblea si scioglie rinnovando l'augurio di pronta guarigione al suo illustre presidente prof. Pasquali e ringraziando il prof. Morisani per il modo imparziale col quale presiedè le sedute e diresse le discussioni.

RASSEGNA

Dott. G. FARINA. — **Setticità della pelle dopo la disinfezione.** — *Il Policlinico,* 15 aprile 1894, N. 9.

L'A. nel laboratorio della Clinica Chirurgica di Roma, ha fatto accurate osservazioni nell'intento di ricercare se nella pelle, dopo che essa ha subìto tutte quelle manovre che si praticano oggi per renderla il più possibilmente asettica, esistano ancora microrganismi e dove questi risiedano. Gli innesti di brandelli di cute disinfettata per l'operazione nel tessuto sottomucoso di animali da prova non gli diedero mai alcuna reazione. Le colture in gelatina ripetute diedero luogo allo sviluppo di colonie di Staphilococcus piogenes albus. Dimostrato che questi microrganismi persistono nella pelle anche dopo la disinfezione, l'A. indirizzò i suoi studi a ricercare dove essi risiedano. Dalle sue osservazioni risulterebbe che non esistono germi sugli strati superficiali. Per studiare gli strati profondi l'A. fece sezioni longitudinali e trasverse dei lembi di pelle che aveva tenuti in coltura e le trattò con un metodo misto Gramm-Gunther-Weigert che dà una triplice colorazione. Così potè constatare che esistevano cocchi nelle vie linfatiche della pelle, nei follicoli piliferi, nelle glandole sebacee: dalle sue osservazioni non gli riuscì di descrivere con assoluta certezza se esistano o no anche nelle glandole sudorifere.

Da questi suoi reperti l'A. trae alcune pratiche considerazioni per quanto riguarda le suture cutanee. « Basandosi sulle osservazioni cliniche che dimostrano come decorrano asettiche le suture profonde e le allacciature dei vasi in catgut, purchè esso sia convenientemente sterilizzato, mentre le suture cutanee fatte con lo stesso materiale molto frequentemente producono ascessi, l'A. valendosi dei risultati delle sue ricerche e dei suoi esperimenti, crede di poter dedurre che la causa di questi ascessi debbasi unicamente ricercare in quei cocchi che innicchiati nelle vie linfatiche, nei follicoli piliferi, nelle glandole sebacee, sfuggono all'azione dei nostri antisettici, e trovando nel catgut che va rammollendosi un eccellente terreno di coltura, in esso vivono e si sviluppano determinando così la formazione di tali raccolte purulente. » Perciò ritiene che il catgut, che si può rendere perfettamente asettico, sia un ottimo materiale di sutura per i tessuti profondi, ma che ad esso si debba sostituire per le suture cutanee la seta o meglio il filo d'argento.

Dott. Amadei.

Dott. ACHILLE SCLAVO e CAMILLO MANUELLI. — **Sulle cause che determinano nella pratica delle disinfezioni la scomparsa del mercurio dalle soluzioni di sublimato corrosivo.** — Direzione di Sanità, Roma, Tipografia delle Mantellate, 1894.

Gli autori traggono dalle loro ricerche ed esperienze le seguenti conclusioni:

1.° Le fibre tessili di origine animale (lana e seta) spiegano un forte potere fissatore sopra il mercurio delle soluzioni di sublimato corrosivo, sieno queste addizionate o no di acido cloridrico o di cloruro sodico.

2.° Per le fibre di origine vegetale il fenomeno ha pure luogo, ma in debolissimo grado.

3.° Nella pratica è indispensabile rinnovare spesso il bagno di sublimato corrosivo, specialmente quando si tratti di disinfettare tessuti di lana o di seta.

4.° Sarà sempre più raccomandabile per quanto è sopra detto, la disinfezione degli effetti letterecci e degli oggetti di vestiario mediante l'impiego degli agenti fisici, cioè del vapore acqueo sotto forma di corrente e specialmente del vapore saturo sottoposto a pressione.

Dott. BUYS e VANDERVELDE. — **Ricerche sperimentali sopra le modificazioni dell' utero consecutive alla doppia ovariotomia.** — *Il Policlinico,* 15 febbraio 1894, N. 5.

Gli A. riferiscono i risultati di cinque esperienze praticate su coniglie allo scopo di studiare le modificazioni uterine consecutive alla castrazione, la loro natura istologica e l'ordine di loro apparizione. Non hanno fatte le loro osservazioni sull'utero della donna perchè questi, quando viene asportato dopo che fu già praticata l'ovariotomia, è sempre affetto da una lesione che all'esame istologico maschera i disturbi di atrofia cagionati dalla castrazione. Di più gli A. servendosi per le loro esperienze di coniglie, che, come si sa, hanno l'utero bifido, potevano al momento della castrazione asportare uno dei corni uterini che serviva poi loro di confronto per l'esame del corno lasciato e divenuto atrofico.

La tecnica operativa è semplice: scoperte attraverso una piccola breccia le ovaie, che si riconoscono facilmente dalla loro grande sensibilità, gli A. legano i vasi ovarici e l' arteria uterina, esportano le ovaie e uno dei corni dell' utero. I pezzi di questi, di un millimetro di grossezza al più, sono fissati nel liquido di Flemming e le sezioni vengono colorate colla safranina. Dopo un periodo che varia dai 20 ai 67 giorni dalla castrazione gli A. hanno sacrificato le coniglie e

dall'esame del corno uterino rimasto in sede, paragonato con quello del corno asportato, hanno potuto concludere che « la castrazione porta come conseguenza, nella coniglia, modificazioni ben definite nell'utero, aventi sede nel parenchima muscolare liscio, nel tessuto connettivo sottoepiteliale dell'endometrio e nelle cellule di rivestimento delle glandole mucose. L'endotelio del foglietto viscerale del peritoneo e il tessuto connettivo sottoposto non subiscono alterazioni di sorta. Le lesioni muscolari consistono in un processo di atrofia semplice: la loro intensità è massima a livello delle fibre longitudinali che formano lo strato più esterno. L'atrofia si produce senza alcuna traccia di stearosi, ciò che esclude affatto che gli uteri esaminati fossero in periodo di regressione puerperale. »

Nel tessuto connettivo dell'endometrio gli A. hanno rinvenuto ora la congestione ora l'anemia; ma ciò che sopra tutto li ha colpiti è la trasformazione di questo tessuto a cellule fisse, numerose, a tenui fibrille e contenente leucociti, in una massa fibrosa, cicatriziale, in cui l'attività vitale si trova ridotta a nulla.

Tale modificazione è accompagnata da un progressivo ispessimento delle pareti arteriose. Quanto all'epitelio cilindrico delle glandole mucose esso è successivamente colto da degenerazione e da necrosi.

Confrontate queste lesioni con quelle descritte da Steinhaus nell'utero della donna dopo la menopausa, si vede che il processo di atrofia è lo stesso sia nella donna al tempo della menopausa, che nella coniglia operata di ovariotomia bilaterale. Deve dunque essere comune la causa di queste lesioni, e gli autori credono che tale causa sia la cessazione di una azione trofica che l'ovaio eserciterebbe sull'utero per via riflessa mediante il sistema nervoso. Dott. Amadei.

G. NOVÈ-JOSSERAND et LACROIX. — **Sur le déciduome malin.** — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1894, fascicoli del febbraio, marzo, aprile.

La ritenzione, sufficientemente prolungata, nell'utero, di residui coriali, di decidua e di placenta, può dar luogo a diverse successioni morbose; talora trattasi di affezioni relativamente lievi, considerate come semplici *endometriti:* altre volte invece, di veri *tumori,* diversi secondo i tessuti da cui trassero origine: si hanno così:

tumori sviluppati da residui coriali, specie di mole idatidee recidivanti: pericolosi per la distruzione che apportano alle tuniche uterine, che talvolta arrivano a perforare, ma incapaci di metastasi;

tumori da residui placentari, caratterizzati da una speciale tendenza a penetrare nelle vene: quivi, vegetando, occasionano estese trombosi necrosi e distruzione progressiva delle pareti uterine: anch'essi, però, non danno metastasi;

tumori da residui deciduali: di questi v' hanno due varietà:

i deciduomi benigni, incapaci di metastasi, e tali, che, allontanati, non lasciano alcune conseguenze:

i deciduomi maligni (sarcoma deciduo-cellulare: deciduo-sarcoma di Sänger: sarcoma chorio-deciduo-cellulare di Gottschalk). Alla conoscenza di questi ultimi contribuiscono gli A. con una osservazione propria.

Il quadro clinico è pressochè eguale in ogni caso. Passato qualche tempo dacchè s'ebbe un aborto o si compì un parto a termine, sviluppasi un tumore dell'utero, con tutti i sintomi che sono propri di questi tumori in generale: non intervenendo, la malattia si aggrava rapidamente, e in un lasso di tempo che varia da 6 ad 8 mesi, il più spesso dopo diffusioni a diversi organi, specialmente ai polmoni, sopravviene la morte. All'autopsia si trova un tumore che ha invaso le pareti uterine e ne ha distrutto più o meno profondamente la musculatura: tanto esso come i nodi metastadici sono costituiti da grosse cellule che hanno grandi analogie di forma e di disposizione colle cellule deciduali: sono quindi di origine connettiva.

Ciò malgrado, le nostre conoscenze intorno alla storia naturale di questi tumori, specialmente intorno al loro sviluppo, sono ancora molto incomplete: eppure saperli diagnosticare, sia clinicamente che coll'esame microscopico, è della più alta importanza, perchè la rapidità del loro decorso, la rapidità e la frequenza delle loro metastasi richiedono un intervento attivo e precoce.

Nel caso degli A. era preceduta una mole idatidea, allontanata la quale, continuarono nella donna le emorragie uterine e il deperimento. Inviata, pel dubbio di una recidiva di mola, alla clinica del prof. Fochier, questi fece l'esame digitale della cavità uterina, che era ampia, libera, e conteneva coaguli molto compatti: però in questi non si rinvennero traccie di vescicole molari. Invece, la parete anteriore offriva un punto di spiccato rammollimento, dove facilmente s'infossava il dito; Fochier staccò con l'unghia alcuni frammenti del tessuto rammollito per sottoporli all'esame; alcun tempo dopo, e pel reperto istologico, e pei sintomi sempre più aggravatisi, mancando d'altra parte i sintomi di avvenute metastasi, procedette all'isterectomia vaginale. La donna guarì perfettamente, esito unico, al dire degli A. fino a loro, se si eccettua quello di un caso di Gottschalk.

Il tumore uterino, impiantato sulla parete posteriore di fronte alla zona della parete anteriore da esso rammollita per usura, era tondeggiante, grosso come una noce, molle, di colore rosso carico, ed era manifestamente in gran parte costituito da sangue. In un punto della sua superficie offriva evidenti traccie di sfacelo. La mucosa uterina non ricopriva che il peduncolo a parte delle pareti laterali del tumore, il quale mostrava, al taglio, un tessuto molle, imbevuto di sangue, spugnoso, percorso da fine travature di fibrina, richiamando l'aspetto del tartuffo nero.

Istologicamente, gli elementi propri del tumore sono di due specie: gli uni

di modiche dimensioni, presso a poco triple di quelle di un leucocito, ricordano le cellule deciduali, e formano, nei nodi neoplastici sparsi quà e là in mezzo a focolai d'infiltrazione parvicellulare, al sangue, alle fibrocellule muscolari divaricate e alterate, una specie di substrato nel quale sono sparsi gli elementi della seconda specie. Questi hanno dimensioni straordinarie, maggiori di quelle dei mieloplaxi e delle cellule giganti del tubercolo: hanno nucleo di forma svariata, più o meno ricco di cromatina: sono essi gli elementi veramente caratteristici del tumore.

Gli A. hanno messo in evidenza che tali elementi, oltre al divaricare e al distruggere le fibrocellule muscolari, hanno una speciale tendenza ad usurare le tuniche esterne delle arterie e delle vene ed a penetrare negli spazii linfatici. In tutti questi vasi, dapprincipio proliferano al di sotto dell'endotelio: negli stadi più avanzati usurano anche l'endotelio e si versano liberamente nel lume. Da ciò due fatti: le emorragie che danno luogo ai coaguli e allo sfacelo del tumore, e le metastasi per la via venosa e linfatica. Quest'ultima induzione è nettamente confermata dall'esame di due nodicini, isolati dal resto del tumore, sviluppati nel peduncolo: essi erano unicamente formati da cellule aventi i caratteri sopra descritti: ma nel centro di ciascun nodetto erano ancora dimostrabili i residui del vaso venoso o linfatico lungo cui era avvenuta la diffusione.

Le considerazioni che gli A. fanno seguire alla loro descrizione mirano specialmente a stabilire i rapporti fra il tumore e la gravidanza: con particolare frequenza ricorre in simili casi la gravidanza molare. Inoltre essi si oppongono all'opinione di Gottschalk, secondo il quale il pervertimento e l'eccesso formativo della caduca sarebbero determinati *secondariamente* da alterazioni della placenta.

L. Villa.

L. E. DUPUY. — **De la perforation des parois utérines par la curette.** — *Le Progrès Médical,* 1894, N. 29, pag. 36.

I perfezionamenti portati negli ultimi anni alla tecnica del *raschiamento uterino* (dilatazione preventiva del collo, abbassamento dell'organo, ecc.) hanno reso questa operazione quasi del tutto inocua. Però al momento di decidersi per tale atto operativo, bisogna sempre avere presente che alcuni stati morbosi (carcinoma, tubercolosi, infiammazioni croniche, stato puerperale) rammolliscono le pareti uterine o le rendono così friabili che queste posso perforarsi anche in seguito a maneggi abbastanza delicati. Valgano a tale proposito i seguenti esempi portati in discussione alla Società ginecologica e ostetrica di Berlino:

1.° Osservazione d'Albert. — Multipara, 32 anni, anemia acuta da metrorragie poco abbondanti, ma ripetute, sopravvenute dopo un ritardo mestruale di

15 giorni. Il collo è dilatato; lo scolo sanguinolento fetido. Nell'idea che si tratti di aborto con ritenzione delle membrane, si procede al raschiamento. Invece *le pinze* traggono alla vulva non lembi di membrane, ma *un'ansa intestinale lunga 17 centimetri.* Laparotomia.

La parete uterina molto assottigliata viene suturata. Guarigione.

2.° Osservazione di Veit. — Riusciti inutili i tentativi di estrazione digitale dei residui ovalari postabortivi, si *ricorre alle pinze;* ma queste traggono alla vulva *un'ansa intestinale.* Riduzione dell'ansa, previo ingrandimento della breccia uterina, isterectomia vaginale, 48 ore dopo peritonite settica. Morte.

3.° Osservazione di Gusserow. — Aborto, con ritenzione di membrane. Raschiamento. *Le pinze* trascinano fuori *un lembo d'epiploon.* Laparotomia. Isterectomia sopravaginale e resezione della massa epiploica incarcerata. Trombosi femorale; morta per embolismo polmonare.

4.° Osservazione di Orthmann. — Aborto al 3.° mese, ritenzione di membrane, emorragie ripetute. Raschiamento. *Le pinze* trascinano all'orificio esterno *un'ansa intestinale perforata e staccata dal proprio mesenterio.* Laparotomia. L'ansa aveva contratto aderenze sul fondo dell'utero, donde il distacco dal mesenterio e la perforazione. Isterectomia, resezione dell'intestino, sutura, guarigione.

5.° Osservazione di Olshausen. — Aborto e ritenzione di membrane. Raschiamento; *le pinze* traggono fuori *un'ansa intestinale.* Laparotomia: resezione di 30 centimetri d'intestino. Morte per peritonite acutissima.

6.° Osservazione di Martin. — Aborto e ritenzione. Raschiamento. *Le solite pinze* traggono alla vulva *75 cent. d'intestino* che l'operatore svelle dal mesenterio e lascia pendente fra le coscie. Collasso, morte rapida.

Come si vede, nei tristi casi sopra citati l'uso delle pinze a scopo diverso da quello di introdurre in vagina tamponi o altri tessuti di medicazione è sempre stato funesto. Invece, avendo sempre in mente la possibilità di una rottura dell'organo, è generalmente possibile otturare completamente la cavità d'esso mediante garza iodoformica e impedire eventualmente ai visceri addominali di far ernia attraverso la breccia uterina. Ad ogni modo, abbisognando proprio di ricorrere alle pinze per estrarre tessuti sui quali non si può far presa con altri mezzi, è necessario di escludere prima con un accuratissimo esame combinato, intra ed extrauterino, l'ipotesi d'un prolasso intestinale.

Il raschiamento uterino è, per eccellenza, *une opération de patience, de lenteur et de tact.*

Dott. L. Villa.

HENRI HARTMANN et EMILE REYMOND. — **Note sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, septembre, 1894.

Se la torsione del peduncolo nelle cisti dell'ovaio rappresenta il 13 0[0 secondo le più complete statistiche, quella invece delle salpingo-ovariti può dirsi adirittura eccezionale ed il fatto è collegato alla natura del peduncolo in queste ultime che suole essere breve e largo. Espongono poscia gli autori un caso che ebbero la opportunità di osservare nella clinica del prof. Terrier al tavolo operatorio, È pure esposta la descrizione macroscopica del pezzo asportato, accompagnata da una figura dimostrativa, l'esame microscopico, il risultato delle colture che tutte rimasero sterili.

La torsione del peduncolo determinò una apoplessia nella parete ed emorragia nella cavità tubarica con fenomeni peritonitici.

Clinicamente la torsione fu caratterizzata da vivi dolori e da un aumento rapido nel volume del tumore medesimo.

Sono in seguito esposte altre due osservazioni, una di Bland-Sutton l'altra di Pierre Delbet; in tutti e tre i casi trattavasi di una idrosalpinge, in tutti e tre fu osservata l'apoplessia della parete e l'emorragia cavitaria, fenomeni questi che sogliono accompagnare la torsione del peduncolo delle cisti ovariche.

Dott. Decio.

CHARRIN et DUCLERT. — **Des conditions qui règlent le passage des micro-organismes au travers du placenta.** — Soc. de Biologie; 7 Juill 1884, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, agosto 1894.

Gli A. avevano già dimostrato che i veleni elaborati dai microbi: malleina, tubercolina, tossine del bacillo piocianico, facilitano ai microrganismi patogeni il passaggio attraverso la placenta degli animali.

Le conclusioni cui giunsero allora li indussero a studiare dallo stesso punto di vista l'influenza di altri veleni e di sostanze medicamentose, alcool, acido lattico, sublimato corrosivo, acetato neutro di piombo; potendosi benissimo ritenere che anche nel bilancio organico della donna tali sostanze possono comparire per condizioni dipendenti dalla professione, dagli abusi di ogni natura, dalla viziata alimentazione, ecc. I risultati delle attuali esperienze non furono a vero dire costanti: però dimostrano che anche qui i tessuti fetali forniscono con più frequenza e in maggior abbondanza colture dei microrganismi inoculati alla madre, che non i tes-

suti dei feti alle cui madri gli stessi microrganismi furono inoculati soli. Gli A. poi inclinano a credere che le sostanze da essi adoperate agiscono di preferenza sulle cellule dell'organismo materno piuttosto che sui virus organizzati.

L. Villa.

Prof. F. A. KEHRER. — **Ueber Traubenmolen** *(Sulle moli vescicolari).* — *Arch. f. Gyn.,* XLV Bd., III H., S. 478.

Da due anni l'A. ha aperto un' inchiesta fra levatrici e medici della parte bassa del Baden intorno ai casi di *mola vescicolare,* e così ne raccolse 50 dal cui esame trasse le conclusioni seguenti rispetto a diversi fattori eziologici:

1.° *L'età.* — Le gravidanze molari hanno la loro maggiore frequenza, che è del 22 0[0 nel V e VI decennio della vita, giacchè è da considerare che in tale periodo il numero dei parti è solo del 10 0[0 rispetto a quello che si ha nell'intera epoca sessuale.

2.° *I parti pregressi.* — Non esiste fra la loro frequenza e quella della mole alcuna legge di proporzionalità.

3.° *Gli aborti precessi.* — Mentre, in generale, il numero degli aborti sta a quello dei parti precoci e dei parti a termine nella proporzione dell' 8,7 0[0, nelle donne colpite da mole tale percentualità, si sarebbe trovata del 12 0[0: la differenza non è quindi molto notevole.

4.° *Le malattie pregresse.* — La statistica non dimostrerebbe un rapporto fra la frequenza della mole e determinate malattie locali o generali.

Passa poi in rassegna alcuni sintomi della gravidanza molare:

1.° *Il vomito.* — Non è più frequente di quello che sia nelle gravidanze normali.

2.° *I sintomi subiettivi.* — Sono invece più frequenti e più accentuati.

3.° Con maggiore frequenza si incontrano *dolori all'ipogastrio,* dovuti, almeno in parte, all' usura esercitata sulle pareti uterine dalle vescicole coriali proliferanti.

4.° *Le complicazioni.* — Son più frequenti nelle gravidanze molari che nelle altre gravidanze.

5.° *Il volume dell'utero.* — Suol essere sproporzionato all'età della gravidanza: a 5-6 mesi l'organo è grosso come in una gravidanza a termine con Hydramnios.

6.° *Le emorragie uterine.* — Scarse al principio della gravidanza molare, si fanno in seguito frequenti, forti, ostinate.

La grande maggioranza delle gravidanze molari finisce *coll'aborto, il più spesso al IV, V mese.*

Quanto al decorso e *all'assistenza* da prestarsi, l'A. nota: in 2[3 dei casi la

durata del travaglio è di 6 ore o meno: nel 90 0|0 dei casi essa è inferiore alle 24 ore: di rado sogliono i *dolori* essere molto accentuati. In più di una metà dei casi le *emorragie* furono gravi, tali da condurre spesso al deliquio: la *massa* delle mole esportate variò da quelle paragonabili a un pugno di bambino a quelle pesanti parecchi chilogrammi. In più di 2|3 dei casi *il parto fu abbandonato alle risorse naturali.* E a questo proposito l'A. dà i seguenti consigli:

Fatta diagnosi di *mola vescicale,* se v'ha forte emorragia e l'orificio esterno è ancora chiuso, si faccia un accuratissimo tamponamento della vagina con garza iodoformica, dopo un giorno si tolga il tampone, si pulisca la vagina, e, se le condizioni del collo non sono progredite, si ripeta il tamponamento.

Se l'orificio esterno è permeabile e non v'è forte emorragia, si lasci che l'aborto si compia da sè.

Se forti emorragie precedettero o perdurano ancora, ma nell'orificio esterno si possono insinuare due dita, si proceda allo svuotamento digitale dell'utero. Solo trattandosi di gravidanze al II-III mese è consigliabile l'irrigazione intrauterina successiva: più tardi essa sarebbe pericolosa per l'usura esercitata dalle vescicole molari sulle pareti uterine e sulle tonache dei loro vasi sanguigni.

Se insorgono forti emorragie *post-abortive,* che non cessino col massaggio, colla segale, colle irrigazioni calde e fredde, si ricorra al tamponamento dell'utero alla Dührsen.

Rispettivamente *al puerperio,* la statistica dell'A. gli ha dimostrato che: in 2|3 dei casi esso decorse senza notevoli disturbi: in 1|3 dei casi ebbe *decorso prolungato* e *complicazioni febbrili* ed *emorragia.* La percentuale piuttosto alta dei puerperi morbosi è dovuta, oltre che allo stato di anemia grave, anche alla facilità con cui rimangono nella cavità uterina residui molari, donde putrescenza dei lochi, e, per le condizioni più volte menzionate delle pareti uterine, estese trombosi delle vene, metroflebite, flebite crurale e piemia. 2|3 delle donne comprese nella statistica si ristabilirono prestamente nella salute: le altre con lentezza o anche con qualche disturbo permanente.

La *sterilità di qualche durata* e la *sterilità assoluta* occorsero relativamente rare dopo il parto di mole.

Anatomia della mola idatidea. — Anatomicamente si hanno 4 forme di mola:

1.° *La mola hydatidosa incipiens.* — Il prodotto del concepimento, arrivato al III-IV mese consta dell'amnios e del chorion, ed offre, nella superficie esterna, numerosissime vescicole coriali. L'embrione è scomparso o non rimangono di esso che dei frustoli natanti nel liquido amniotico. Il cordone ombellicale può mancare o essere conservato.

2.° *La mola hydatidosa totalis.* — L'intero uovo è convertito in una massa di vescicole, ricoperta dalla decidua tutta sforacchiata. L'embrione manca.

3.° *La mola hydatidosa partialis.* — La placenta e le membrane ovulari sono normali: però a molti villi aderiscono vescicole picciuolute, oppure in mezzo al tessuto placentare normale s'innicchia una massa di vescicole che ha complessivamente forma di striscia, o di cuneo o di zolla. Il chorion da cui esse originano è inalterato. I rami delll'arteria ombellicale che vanno ai villi degenerati sono obliterati. L'embrione è vivo, più piccolo della norma od anche normale.

4.° Si tratta di gravidanze gemellari, nelle quali uno degli embrioni è normalmente costituito, vivente o macerato, mentre l'altro è andato incontro a totale degenerazione mixomatosa.

Patogenesi della mola idatidea. — Questa alterazione così profonda del prodotto del concepimento è dovuta a una straordinaria proliferazione del tessuto mucoso e degli epiteli coriali, con conservazione della primitiva forma embrionale, o è dovuta a una neoformazione mixomatosa secondaria, determinata da processi irritativi, come ammette Virchowo?

L'A. crede più verosimile la prima ipotesi, per ciò che tanto la *forma*, quanto la *struttura* dei villi molari (un tessuto mucoso ricoperto da un epitelio a un solo strato, più o meno conservato) corrisponde perfettamente alla forma e alla struttura dei villi coriali, nei primi 2 o 3 mesi della gravidanza. Ed appoggia il suo concetto anche a considerazioni di ordine biologico.

A differenza dei villi veri, le vescicali molari non possono ricevere sangue dai vasi ombellicali che scompaiono o si obliterano dal momento che l'embrione si discioglie, e non possono neppure essere nutrite dal sangue materno, stante le alterazioni profonde del tessuto placentare. Esse traggono quindi il materiale nutritizio *direttamente* dalle pareti uterine, tanto dai vasi della decidua che esse disostruiscono, quanto da quelli della tonaca muscolare. Così, privi di vasi propri, dovrebbero trovarsi in condizioni poco favorevoli alla loro nutrizione, paragonabili a quelle di alcuni tessuti normali dell'organismo (corpo vitreo, cristallino, cartilagine jalina, tessuti cornei), e dovremmo attenderci che ne derivassero alterazioni regressive come quelle che conducono, nella placenta stessa, alla formazione degli *infarti bianchi,* dove è appunto la periarterite ombellicale e placentare che determina il difetto nutritivo. Invece, malgrado tutto ciò, le vescicole molari hanno tutte le proprietà biologiche di tessuti vivi e capaci di attivissima proliferazione, come non potrebbe ammettersi per tessuti formatisi in seguito a processi regressivi.

Però (osserva l'A.), la dimostrazione assoluta dell'una o dell'altra delle due teorie non può ancora essere data. A ciò bisognerebbe poscia seguire continuatamente lo sviluppo di uno stesso uovo, osservazione che, naturalmente non può farsi nell'uomo; forse si arriverebbe allo scopo se si riuscisse a determinare sperimentalmente la mola idatigena negli animali.

Dott. L. Villa.

Dott. GIOVANNI PICCININI. — **Sulla rottura dell'utero.** — *Policlinico*, 15 ottobre 1894, N.° 21.

L'A. prende argomento a trattare della rottura d'utero dalla descrizione dei casi da lui osservati alla tavola anatomica e in clinica. Di tali casi l'ultimo da lui curato con l'isterectomia totale per via addominale, e descritto dettagliatamente, ebbe per esito una rapida e perfetta guarigione. L'A. non crede che le statistiche possano portare a conclusioni inoppugnabili, e preferisce le descrizioni dei singoli casi, dalle quali si può ricostruire la storia delle rotture uterine. I primi casi descritti sembra rimontino al XV secolo, però fino al passato secolo non si trova nei libri d'ostetricia un concetto ben determinato intorno al processo di questo grave accidente, meno raro di quanto si crede. Nel nostro secolo Stein giovane spiegò il suo avverarsi nei bacini ristretti e Tyler Smith rilevò l'effetto delle contrazioni di fronte ad un ostacolo. Il primo però a spiegare scientificamente il meccanismo della rottura e a stabilirne le cause determinanti fu Bandl nel 1875. La profilassi razionale fu un corollario delle dottrine, e il suo scritto, che ebbe l'opportunità di coincidere col periodo antisettico della chirurgia, segnò l'incoraggiamento ad un intervento attivo. L'A. crede che esistano realmente casi i quali, per la rapida fine, sfuggono a qualsiasi trattamento, ma asserisce che tali casi sono in grande minoranza di fronte agli altri in cui possiamo intervenire. La gravità dipende dalla estensione e dalla sede della ferita: l'estensione riguarda la fuoruscita del feto, la sede, la lesione dei vasi. Si hanno rotture con ritenzione del feto, che occorrono durante atti operativi, e rotture con fuoruscita parziale o totale del feto o della placenta, che si verificano per lo più spontaneamente. La sede ordinaria delle rotture è il segmento inferiore che si distende passivamente in ragione della forza delle contrazioni del corpo uterino. Date le cause predisponenti (multiparità, metriti pregresse, cicatrici, fatti degenerativi, somministrazione di segale) e dato un ostacolo fetale o materno alla discesa della parte presentata, è facile comprendere come l'utero si rompa. Esposte e dimostrate le cause della rottura d'utero, l'A. ne riassume la profilassi nelle parole di Tyler Smith: « Quando le onde disordinate della contrazione battono invano contro le anormali barriere, calmatele per quanto potete e rimovete l'ostacolo. » Avvenuta la rottura il trattamento non deve essere mai aspettante: si discute il modo di intervenire attivamente. Nelle rotture incomplete si deve sempre fare l'estrazione del feto per le vie naturali, favorire la contrazione uterina e sorvegliare l'emorragia: se questa continua si ricorrerà poi alla laparotomia. Nelle rotture complete la semplice liberazione non basta: le vedute dei pù autorevoli oscillano dalla liberazione per le vie naturali seguite dal tamponamento e dal drenaggio uterino, alla laparotomia con

conservazione e ablazione dell'utero. I casi trattati col primo metodo sono molti e i successi non sono rari: l'A. ritiene che vi si debba ricorrere tutte le volte che la rottura è poco estesa, non ha lasciato passare nè il feto nè la placenta, o solo una parte di essi, e non ha determinato nè grave emorragia nè protrusione d'intestino. Nei casi opposti la laparotomia è fuori di discussione.

È discusso invece il trattamento della ferita uterina: i vari metodi proposti ed usati con varia fortuna, o conservano l'utero suturando o non suturando la ferita o lo demoliscono. Ciascuno di questi metodi ha avuto strenui sostenitori e ha dati esiti buoni; però l'A. ritiene che il metodo della sutura vantato da Merz, che teoricamente sarebbe l'ideale, sia, in pratica, lungo, difficile e complicato, che non garantisca sempre l'emostasi e la riunione, e che sia possibile soltanto nella minoranza dei casi. Fra i metodi che si propongono, l'ablazione dell'utero, l'amputazione alla Porro è sicuramente la più semplice e la più spedita, ma ha limitate applicazioni, perchè la lacerazione per lo più è in basso e non poche volte si estende fino al punto d'unione del collo colla vagina.

Quando la Porro non è possibile si deve ricorrere alla estirpazione completa dell'utero. L'A. consiglia di lasciare i fili delle varie legature lunghi e tirati in vagina, e di far passare dall'addome nella vagina una striscia di garza iodoformica che comprime i tessuti e agisce come drenaggio. L'A. crede che nessuno dei metodi esposti possa essere sempre seguito, ma che ognuno abbia le sue speciali indicazioni, allo studio delle quali deve improntarsi il trattamento se si vuole ottenere il successo. Dott. E. Amadei.

HERNANDEZ. — **Traitement du cancer de l'utérus gravide.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, août-sept. 1894.

La gravidanza è considerata come una complicazione gravissima del cancro, poichè il neoplasma talora assume un andamento oltremodo rapido. L'autore insiste che si è quasi autorizzati a procedere alla estirpazione, in vista della facilità colla quale suole avvenire l'aborto od il parto prematuro, e ricorda a tale proposito l'opinione di Fritsch, di Makenrodt (1).

Esamina poscia la condotta dell'ostetrico in simili casi, per lo più maggiormente preoccupato della esistenza del feto, e le operazioni indicate dai ginecologi, che a suo credere non furono praticate che in via eccezionale, di maniera che i pochi casi conosciuti non possono servire di base ad una seria discussione ed ancora meno ad una conclusione pratica.

Dopo di aver esposto varie cifre statistiche riflettenti la mortalità del parto in donne cancerose, mostra che anche la statistica dei neonati non è per nulla affatto incorraggiante.

Con Makenrodt vorrebbe: 1.° nei primi tre mesi l'isterectomia vaginale; 2.° nel 7.° mese l'operazione cesarea seguita dalla estirpazione totale dall'utero e degli annessi; 3.° tra il 4.° ed il 7.° mese e 1[2 sarà praticata la isterectomia addominale totale senza ritardo alcuno, senza alcuna preoccupazione del feto a solo vantaggio della madre: un ritardo di soli 15 giorni può lasciare al cancro tanta probabilità di invasione da impedire un intervento radicale.

Solo nel cancro inoperabile, regola la propria condotta nell'interesse del feto.

Espone in seguito il procedimento di Makenrodt, il quale ha per iscopo di evitare l'inquinamento delle superfici cruente coi prodotti cancerosi, di impedire così la recidiva locale. Ecco i momenti della operazione: manovre preparatorie vaginali, raschiamento delle vegetazioni, antisepsi, incisione addominale, sezione dei legamenti larghi, legatura delle uterine, liberazione del collo.

Seguono poi le osservazioni. L'autore conchiude: I. Ogniqualvolta una gravida è riconosciuta affetta da cancro, e che sia in fase operabile, si deve procedere alla estirpazione totale dell'utero ed annessi, qualunque sia l'età della gravidanza. — II. L'O. deve preoccuparsi di evitare l'inoculazione dei prodotti cancerosi, e di levare tutto il neoplasma. — III. Perciò bisogna affidarsi ai soli processi che gli permettano di levare l'utero e gli annessi intieramente, previo isolamento del neoplasma con parecchie suture; nei primi tre mesi l'operazione di Martin sarà di scelta, dal 4.° mese in poi si praticherà la operazione di Makenrodt. Se poi la gravidanza non avesse sorpassato il 7.° mese e 1[2, se il feto è vitale o a termine si pratichi l'operazione cesarea seguita immediatamente dalle estirpazione utero-ovarica. — IV. Se il cancro è inoperabile cerchisi il mezzo più sicuro per salvare il feto. — V. Il diagnostico precoce potrà dare garanzia di guarigioni definitive. — VI. Tutti i mezzi raccomandati hanno per iscopo finale non solo di prolungare la vita delle gravide o cancerose ma di procurarne la guarigione definitiva se essa è possibile.

A questo scopo è desiderabile che nelle ulteriori osservazioni sia precisata l'età delle pazienti, l'estensione del neoplasma, l'età della gravidanza, il tempo trascorso fra la diagnosi e l'atto operatorio, le cautele intese ad impedire la seminagione del neoplasma, se l'utero fu tolto per intero e co' suoi annessi, non che il procedimento operativo che in ogni caso deve essere preceduto dall'esame istologico. In ogni caso di morte sarà sempre interessante la descrizione dello stato della matrice.

Dott. Decio.

GINO GELLI. — **Gravidanza e cancro del collo uterino.** — Firenze, 1894, Tipografia di G. Barbèra.

Ecco le conclusioni dello studio esteso che l'A. fa dell'interessante argomento:

1.° La gravidanza complicata da cancro uterino è un fatto non frequente.

2.° La fecondazione della donna affetta da cancro uterino, ancorchè molto esteso, oppure anche parzialmente operato, è possibile.

3.° La gravidanza il più delle volte ha una notevole influenza sul cancro del collo uterino, aggravandone gli effetti ed affrettandone il corso.

4.° Il cancro può influenzare sinistramente la gravidanza ed essere causa non infrequente di gravi emorragie, di cachessia grave, di esaurimento, di condizioni anormali di feto, di aborto, di parto prematuro e di infezione saproemica o setticemica. Può anche permettere lo svolgimento naturale.

5.° Il travaglio del parto può lacerare profondamente i tessuti del cancro, provocarne il distacco e dar luogo a gravissime emorragie come può progredire normalmente, indipendentemente dal cancro.

6.° Il cancro può rendere il parto difficile, pericoloso o impossibile, per inerzia, o, principalmente, per gli ostacoli meccanici che può opporre. Può anche renderlo più facile, ma più raramente, per un grande rammollimento del collo e del segmento inferiore.

7.° Il cancro può avere una influenza dannosa tanto sulla vita, come sulla salute del prodotto del concepimento, sia indirettamente, per le condizioni generali cattive che porta alla madre, sia, più direttamente, ammalando l'uovo o la cavità uterina.

8.° Il puerperio può decorrere normalmente, come può facilmente essere reso anormale per emorragie, per subinvoluzione, per infezione. In questo periodo dello stato di maternità, il cancro può peggiorare molto sensibilmente.

9.° Il cancro del collo uterino è di difficile diagnosi al suo principio, ma appena avutone il sospetto bisogna accertarsene al più presto con ogni mezzo.

10.° Il prognostico *quoad vitam* della madre è gravissimo, il più delle volte infausto; *quoad vitam* del feto molto riservato, *quoad partus* riservato. La varietà della natura e della sede del cancro può modificare poco la prognosi.

11.° Stabilita con sicurezza la diagnosi del cancro del collo uterino nel corso della gravidanza, tenendo sempre in mente che *periculum est in mora,* bisogna averne somma cura, per le possibili improvvise e gravi complicazioni che può portare.

12.° Se il cancro è limitato e quindi operabile, occorre estirparlo completamente, sollecitamente, senza curarsi della gravidanza e del feto, perchè può ottenersi la guarigione radicale della donna, o, se non altro, una lunghissima tregua al male.

13.° Quando il cancro è con ogni apparenza operabile, e si vuole avere cura anche del feto, si può ricorrere, ma in via eccezionale, alla amputazione alta del collo a qualunque periodo della gravidanza, col pericolo però di interromperla.

È preferibile l'amputazione cruenta, al termo-cauterio e all'ansa-galvanica. È inutile e piuttosto dannosa l'amputazione sotto-vaginale.

14.° Nell' unico intento di salvare la madre, ciò che deve essere il compito principale del chirurgo, è preferibile la sollecita estirpazione vaginale dell' utero pieno del prodotto del concepimento, fino a quattro mesi di gravidanza; vuotato prima di tal prodotto, o spontaneamente o artificialmente, oltrepassato quel limite nel quale il passaggio dell'utero per la vagina non è più possibile.

15.° In quest'ultimo caso si potrebbe eseguire la isterectomia sopra-vaginale col metodo Freund, Martin-Mackenrodt, ma è meno preferibile all'altra, per le difficoltà ed i gravi pericoli che presenta.

16.° Vicino al termine della gravidanza, ossia nell'ultimo mese, conviene aspettare il parto spontaneo, possibile e felice nel cancro limitato, per operare poi la isterectomia, preferibilmente vaginale, nei primi giorni del puerperio.

17.° Se il cancro è esteso e quindi razionalmente inoperabile, occorrono cure scrupolose di nettezza, cure sintomatiche specialmente dirette contro le facili e gravi emorragie, contro i dolori e contro il deperimento generale. Bisogna evitare manovre, operazioni e medicature che facilmente aggravano il corso del cancro, ammenochè urgenti contingenze non le richieggano.

18.° Al termine della gravidanza e anche sul principio del travaglio, occorre estirpare col cucchiaio, colle forbici o col termocauterio, le masse neoplastiche che potrebbero frapporre un ostacolo meccanico insormontabile al parto, dominando la conseguente emorragia o col *ferrum candens*, o col percloruro di ferro, o collo zaffamento con garza all'iodoformio, ecc.

19.° A travaglio incominciato, bisogna sapere aspettare, stando preparati a qualunque atto operativo, compreso il taglio cesareo, tenendo in mente come, anche in condizioni difficilissime, si possa avere il parto spontaneo.

20.° Se il parto è difficile, bisogna sgombrare il campo più che è possibile degli ostacoli, facilitare la dilatazione con incisioni multiple non molte profonde intorno all'orifizio, sollecitare la espulsione del feto nel suo interesse, se vivo, col forcipe o col rivolgimento, e se morto, col craniotomo, col cranioclaste, coll'uncino acuto, nell'interesse della madre.

21.° Se il parto per le vie naturali è impossibile o pericolosissimo, occorre eseguire il taglio cesareo.

22.° In questo caso se il cancro è operabile, bisogna fare la estirpazione dell'utero o seduta stante, col metodo Freund, o col metodo Mackenrodt, o per la via pelvica previa resezione del coccige e al bisogno di una parte del sacro, nel puerperio, dopo di aver fatto il taglio cesareo col metodo conservatore. Se è necessario fare l'operazione Porro, si può dopo estirpare sollecitamente il moncone per la via vaginale.

23.° Se il cancro è inoperabile, bisogna eseguire il taglio cesareo o col metodo Porro o col metodo conservatore soltanto nell' interesse di un feto che ha varie probabilità di vita.

L. SENTEX. — **Quelques mots sur deux cas de tératologie (Phocomelie avec ectrodactylie).** — *Ann. d'Hyg. p. et de Méd. lég.*, settembre 1894, pagina 258.

L'osservazione dei due casi formò oggetto di una relazione dell'A. alla Società di Med. leg. di Francia. Si tratta di due bambini, nati dagli stessi genitori. Niente di ereditario dal lato materno; solo l'avo paterno avrebbe avuto un braccio più corto dell'altro (?) Nulla di anormale nelle due gravidanze della loro madre.

La prima, una bambina vigorosa, assai intelligente (nata nel 26 nov. 91) presenta i seguenti difetti di conformazione.

L'*arto superiore destro* misura dall'acromion all'estremità del dito più lungo 17 centim. Il capo dell'omero è assai mobile in nna cavità che pare troppo larga per contenerlo; manca ogni traccia dell'articolazione del gomito, sebbene l'arto sia leggermente flesso verso la metà della sua lunghezza, onde sono possibili i soli movimenti di totalità. A livello dell'articolazione radio-carpea sono possibili i movimenti di flessione e di estensione, sebbene questi sieno poco pronunziati; quelli spontanei di pronazione e di supinazione mancano. Non è possibile distinguere nettamente le due ossa dell'avambraccio. La mano è formata da quattro dita, ciascuna delle quali ha le tre falangi; esistono però solamente quattro metacarpi ed è rilevabile la sola eminenza ipotenare. La sensibilità è normale in tutto l'arto.

Arto superiore sinistro. L'estremità acromiale della clavicola e l'angolo superiore esterno della scapola formano una forte prominenza, al di sotto della quale esiste, come a destra, una larga cavità dove si muove assai liberamente la testa dell'omero. La lunghezza di questo arto è 11 centimetri.

Non vi si nota alcuna articolazione, ed anzi lo scheletro di tutto l'arto sembra fatto come da un osso solo. Limitatissimi movimenti di flessione e di estensione a livello dell'articolazione del polso. Esistono solamente tre dita, che del resto hanno tre falangi.

Tanto le dita della mano destra che quelli della sinistra sono gracili, ma normalmente conformate e provviste di unghie. La preensione degli oggetti si compie in modo stentato ed incompleto mediante le ultime due dita e per la loro faccia dorsale; e ciò per entrambe le mani.

Il secondo, un bambino assai robusto (nato il 6 dicembre 1893), presenta le stesse deformazioni della sorella, però con trasposizione di sede, presentando egli a destra le alterazioni che la sorella ha a sinistra e viceversa. Inoltre in lui l'arto superiore destro ha quasi la ordinaria lunghezza, e differisce da un arto normale perchè il segmento che rappresenta il braccio è come leggermente atrofico; l'arti-

colazione del gomito gode di limitati movimenti di flessione e di estensione e la mano rimane permanentemente in flessione.

L'art. sup. sin. somiglia perfettamente al destro della sorella e non ha di speciale che questo: il più esterno delle quattro dita (mano in supinazione) non ha che due falangi (pollice) ma non è opponibile.

L'A., servendosi dell'antica classifica di Saint-Hilaire, pone questi due mostri nella classe degli *Unitarî*, dell'ordine degli *Autositi*, famiglia degli *Ectromeli* e del genere dei *Focomeli*, ed in cui la ectromelia bitoracica sarebbe accompagnata da una pronunciata ectrodactilia.

Ricercando le cause di queste mostruosità, l'A. dà molta importanza all'atavismo, che nel caso dei due bambini si sarebbe manifestato come eredità alternante; però, nel determinare la causa immediata produttrice di questa alterazione, l'A., dopo aver detto che essa debba originarsi in un periodo assai primitivo dello sviluppo embrionario, enumera le varie opinioni — amputazioni spontanee nell'utero (Montgomery e Simpson) — compressione dell'amnios (Dareste) — alterazione delle fibre nervose ed atrofie dei rigonfiamenti del midollo (Serres-Tiedemann, Gurlt, Troisier, Edinger etc.), mentre egli si avvicina alla idea del Lanceraux il quale pensa che lo sviluppo abortivo delle membra è subordinato all'agenesia ossia a modificazione delle cellule del midollo durante la vita fetale, e cerca di completare questa idea, rapportando queste modificazioni ad una influenza atavica il cui modo di agire però egli non tenta di spiegare, contentandosi solo di porre la questione.

Dal *Giornale di Medicina Legale,* novembre 1894.

E. De Arcangelis.

Prof. A. SEVERI. — **I criteri della vita giuridica del neonato nelle questioni penali e civili.** Studio medico-legale. — Genova, Stab. tip. Colombo, 1884.

Il prof. Severi, che già, nella Sezione di Medicina Legale del XI congr. med. intern. in Roma, aveva fatto un cenno di questi suoi studii, pubblica ora il suo lavoro *in extenso*. Sebbene esso formi una monografia, che, per la sua estensione, mal si presta ad un riassunto, pure cercherò di riassumerla, almeno nelle sue linee principali.

L'A. comincia dal notare come anche tra noi in Italia non si sia di accordo su quello che debbe intendersi per *vita giuridica dei neonati*, e distingue in proposito due scuole: l'una che egli chiama *scuola classica,* la quale sostiene la vita solo quando i pulmoni siano completamente distesi dall'aria per naturale respira-

zione (Puccinotti, Gandolfi, Freschi, Lazzaretti, De Crecchio, Filippi, Ziino, Pellacani), l'altra che si accontenta del galleggiamento di un unico frammento del pulmone per provare che il bambino ha vissuto (Tamassia). — Accanto a queste due scuole un movimento lento ma continuo tende a distruggere anche il criterio della respirazione pulmonale, e a questa tendenza « *di recente anche il Filomusi-Guelfi non ha saputo sottrarsi.* » L'A. crede che per l'ammissione della vita giuridica sia condizione necessaria la *respirazione;* però mentre da un lato trova insufficiente il galleggiamento di un unico frammento pulmonale per provare quella respirazione che deve concedere la vita giuridica, crede dall'altro esagerata la pretesa della *respirazione completa,* nel senso di completa distensione del pulmone con normale distensione di ciascun alveolo.

La fisiologia c'insegna che normalmente respiriamo più che non ne abbiamo chimicamente bisogno *(respirazione superflua o di lusso* del Mosso); esigere quindi per la vita giuridica la distensione completa dei pulmoni equivale mettersi a dirittura in opposizione ai responsi della fisiologia. Quale e quanta deve essere dunque la respirazione necessaria ad ammettere la vita legale? Seguiamo l'A. nell'esame delle varie possibilità.

a) Esiste inanzi tutto il caso in cui *la vita si prolunga un certo tempo oltre la nascita senza che abbia luogo respirazione pulmonale.* Qui l'A. prende in esame i principali elementi che devono servire a studiare la durata della vita nei neonati con anectasia pulmonale, quali sono: la respirazione dei varii tessuti nell'infante appena nato — il sangue (e in special modo la sua massa, il numero dei globuli rossi, la quantità di emoglobina, la quantità percentuale di ossigeno) — gli organi che costituiscono un compenso provvisorio alla respirazione pulmonale mancante (respirazione cutanea, respirazione gastro-intestinale, respirazione laringo-tracheo-bronchiale) — le varie cause estrinseche all'organismo che accrescono o attenuano la resistenza del neonato (temperatura, luce, costituzione individuale, digiuno). Tutte queste influenze possono influire a prolungare più o meno la vita senza che abbia luogo respirazione. Ai casi di vita senza respirazione si riducono anche, secondo l'A., tutti quelli nei quali si è ammesso un ritorno spontaneo all'atelectasia, possibilità che egli nega; e conchiude in fine che *nei casi di vita con anectasia pulmonale la vita giuridica non possa essere ammessa.*

b) Passa poi a esaminare i casi di *vita con insufficiente distensione pulmonale.* Quando l'aria, oltre ad occupare l'albero bronchiale, perviene a distendere parte della superficie pulmonale, in modo però insufficiente a stabilire il necessario equilibrio tra l'introduzione di ossigeno per questa via e il consumo che ne fanno i tessuti, non si ha respirazione nel vero senso fisiologico; è una respirazione che l'A. chiamerebbe *apparente* piuttosto che imperfetta. Questa respirazione è frequente negl'infanti a termine o quasi, ma deboli e in quelli che vennero alla luce

al 6.°, 7.°, 8.° mese. Questi casi al tavolo anatomico somigliano a quelli nei quali fu praticata la respirazione artificiale. In questi casi, quella esistenza extrauterina, che abbiamo veduta sussistere coll'anectasia pulmonale, può protrarsi anche mercè questo compenso provvisorio da parte dei pulmoni, e quindi non deve far maraviglia che neonati di questa specie vivano 14-24 ore; ma anche in questi casi non può riconoscersi la vera vita di respirazione, e però anche ad essi va negata la vita giuridica.

c) Vengono in terzo luogo i *casi di vita con la quantità minima di aria compatibile con la stessa.* Qui l'A. ha detto: se noi giungessimo a determinare nell'adulto il minimo di aria compatibile con la vita, saremmo sicuri che, trasportando i risultati ottenuti al neonato, in cui i processi di ossidazione non sono così grandi come nel primo, noi accorderemmo di più dello strettamente necessario. Con questa idea l'A. ha intraprese delle esperienze: ma confessa di non essere giunto a trovare un procedimento tale, che, limitando la superficie respiratoria dell'animale, permettesse di determinare la quantità minima di superficie respirante capace di mantenere la vita. Piuttosto egli opina si possa ritenere abbiano vissuto quei neonati i cui pulmoni diedero un peso specifico inferiore a 0,8, e come non aventi vissuto gli altri. L'A. riconosce le difficoltà gravi che offre il diagnostico della vita legale in simili contingenze; giacchè è per gradi che il neonato passa dalla vita fetale alla vita autonoma, dalla respirazione apparente alla respirazione vera, capace cioè di conservare ai tessuti dell'organismo le loro attività vitali. A determinare praticamente questo grado di respirazione, *dal quale* secondo l'A. *comincerebbe la vita giuridica,* l'A. raccomanda di prendere in considerazione: la posizione che i pulmoni occupano nelle cavità pleuriche — il colorito, volume e peso (assoluto e specifico) dei pulmoni — la elevazione o no dei lobuli sulla superficie del pulmone e l'aspetto degli stessi (lobuli quadrigemini) — la quantità di sangue e di spuma sanguinolente al taglio — le dimensioni delle bolle di aria che si liberano dalla compressione sott'acqua dei frammenti pulmonali — il galleggiamento e le modalità di esso — infine l'esame microscopico del pulmone e la docimasia emato-pneumo-epatica.

d) In quarto luogo finalmente sono presi in considerazione i *casi di vita con respirazione completa,* che non offrono alcuna difficoltà all'apprezzamento medico-legale, e nei quali l'ammissione della vita giuridica è senza contestazione.

Da tutto questo risulta che se la vita giuridica comincia quando la respirazione pulmonale è in grado di sopperire al bisogno di ossigeno che hanno i tessuti, il neonato guadagna la vita giuridica quando possiede le condizioni organiche per vivere, quando è *vitale,* e però dopo tutto la vitalità è il pernio su cui si aggira l'ammissione della vita giuridica. Come in dritto civile la capacità giuridica del neonato è espressa dalla vitalità, così anche in dritto penale la vitalità

sarebbe criterio indispensabile per l'ammissione del reato di *infanticidio;* l'aborto e l'uccisione del neonato che non è vitale costituirebbero una sola configurazione di reato sotto il nome di *feticidio.*

Questo il riassunto del lavoro. Un giudizio coscienzioso sul medesimo richiederebbe più maturo esame, quale non è possibile nei limiti angusti di una rivista. Noto soltanto che trovo lodevole l'iniziativa del prof. Severi di aprire la questione su questo argomento, dove noi medici-legali italiani abbiamo più specialmente bisogno di intenderci. Io spero essere tra i primi a rispondere all'appello, e ciò farò probabilmente quando pubblicherò la seconda parte di quel lavoro nel quale Severi ha notata quella tale *tendenza dalla quale non ho saputo sottrarmi.*

Dal *Giornale di Medicina Legale,* novembre 1894.

G. Filomusi-Guelfi.

L. VAUDIN. — **Sur l'acide citrique et le phosphate de chaux en dissolution dans le lait.** — *Ann. dell'Istit. Pasteur,* Tomo VIII, N. 7, pag. 502.

L'A., prendendo come punto di partenza l'ipotesi di Duclaux, che il latte contenga nella sua parte solubile un numero pressochè eguale di molecole di fosfato tribasico di calce, di fosfato bibasico di soda e di *citrato di soda,* è arrivato alle seguenti conclusioni:

L'acido citrico esiste normalmente nel latte (di vacca).

L'acido citrico, sotto forma di sale alcalino, contribuisce in gran parte, se non in tutto, a mantenere in dissoluzione il fosfato di calce dello siero di latte.

I citrati ed i fosfati alcalini ed i fosfati di calce disciolti nel latte stanno fra loro in proporzioni ben definite.

L'acido citrico si trova in quantità variabile nel latte, a seconda delle specie animali. Nella vacca la quantità è di grammi 1-1 1[2 per litro, nell'asina di 60-80 centigrammi.

Quanto alla derivazione dell'acido citrico, non pare all'A. accettabile l'ipotesi che essa si colleghi coll'introduzione degli alimenti, poichè l'acido citrico di questi deve andar distrutto durante la digestione. Gli sembra più verosimile l'ammettere che la formazione di tale acido avvenga a spese del lattosio entro il parenchima proprio delle ghiandole mammarie, alla cui fui funzione *citrogenica,* variabile secondo le specie, sarebbe adunque dovuta, in parte, la solubilità del fosfato di calce esistente nel latte.

Dott. L. Villa.

SURGEONS OF ENGLAND
30 JAN 95
LIBRARY

INDICE

MEMORIE ORIGINALI.

Acconci. — Della ovarite tubercolare . . . . . *Pag.* 225
Bazzanella. — Nuovo metodo per la misurazione del diametro trasverso del bacino . . . . . » 479
Bossi. — Lettera aperta al dott. F. Caruso a proposito dell'ablazione totale dell'utero nel taglio cesareo Porro . . . . . » 502
—— Provocazione artificiale del parto e sinfisiotomia . . . . . » 409
—— Sulle modificazioni al taglio cesareo Porro . . . . . » 74
Caruso. — Operazioni complementari del taglio cesareo 88, 353, 679
—— Risposta al dott. L. M. Bossi a proposito dell'ablazione totale dell'utero . . . . . » 623
Cavazzani e Levi. — L'urea nel sangue del feto . . . . . » 456
Caviglia. — Sulla contrazione e retrazione dell'utero e sulla pressione endouterina e vaginale nel periodo del secondamento . . . . . » 309
Cioja. — Distocia grave per sclerosi sifilitica del collo uterino . . . . » 487
Chiarleoni. — Duplicità genitale esterna e mancanza di ano . . . . » 469
De Argenta. — Sulle infiammazioni pelviche della donna . . . . . » 317
Decio. — Ancora sopra due casi di inversione uterina . . . . . » 28
De-Paoli. — Altri due casi di eclampsia in gestazione . . . . . » 465
Dimitri de Ott. — Sul trattamento radicale dei fibromiomi dell'utero . » 205
Ferraresi. — Contributo allo studio dell'anatomia normale e patologica delle trombe di Falloppio . . . . . » 521
Gelli. — Sulla cura della eclampsia . . . . . » 797
Gigli. — Taglio lateralizzato del pube . . . . . » 649
La Torre. — L'elettricità nella cura dell'amenorrea . . . . . » 253
—— Le dimensioni della testa fetale dal punto di vista biologico ed antropologico . . . . . » 264
Leopold. — Della sinfisiotomia e delle sue indicazioni . . . . . » 392
Mangiagalli. — Il trattamento del peduncolo nella istero-miomectomia . » 161
—— Ovariotomia nella gravidanza e dopo il parto . . . . . » 137
—— Risultati prossimi e remoti della isterect. vaginale per carcinoma . » 729
Marchesi. — Le alterazioni dell'endometrio in casi di fibromi dell'utero. » 817

Martin. — Trattamento del peduncolo dopo la miomotomia . . . . *Pag.* 194
Michelini. — Di una sinfisiotomia . . . . . » 1
Morisani. — La sinfisiotomia . . . . . » 289
Palazzi. — Sopra alcune differenze microscopiche fra la secrezione mammaria durante la gravidanza e quella finito l'allattamento . . . » 425
Pazzi. — La leva nel bacino infantile . . . . . » 668
Pinard. — La sinfisiotomia . . . . . » 563
Planellas. — Sulla sinfisiotomia . . . . . » 403
Polacco. — Il massaggio nella cura delle malattie ginecologiche . . 5, 61, 113
Raineri. — Vagina doppia e duplice orifizio uterino esterno . . . . » 473
Roncaglia. — Contributo da servire allo studio delle vaste aderenze connettivali degli enormi polipi uterini colle pareti vaginali . . . . . » 49
Schiavoni. — Un caso d'amenorrea da superinvoluzione uterina post-partum » 633
Tibone. — Sulla eziologia della eclampside . . . . . » 598
Truzzi. — Una proposta nella terapia chirurgica del prolasso vaginale . » 268
—— La castrazione nell'osteomalacia . . . . . » 768

TRADUZIONI.

Verchère. — L'uretrite blenorragica cronica nella donna . . . . . *Pag.* 701

XI.° CONGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE.

Amann. — Sull'istogenesi dell'endometrite . . . . . *Pag.* 332
Apostoli. — Risultati remoti del trattamento elettrico conservatore . . » 340
Barone. — Caso di angioma cavernoso congenito della coscia sinistra . » 282
Bossi. — Sull'efficacia dei bagni di mare nella terapia ginecologica . . » 275
—— Su una causa d'aborto non sufficientemente apprezzata . . . . » 276
—— Contributo allo studio dell'acetonuria nel campo ostetrico e ginecol. » 276
—— Sulla profilassi ostetrica a domicilio . . . . . » 277
—— Sulle indicazioni mediche alla provocazione dell'aborto e del parto prematuro e sulla tecnica dell'atto operativo . . . . . » 278
—— Sulle modalità del taglio cesareo demolitore (Porro) . . . . . » 278
Calderini. — Figure anatomiche . . . . . » 349
Chiarleoni. — Gravidanza tubarica, diagnosi, esiti, cura . . . . . » 331
Clarke. — Sulla relazione della suppuraz. pelvica colle malattie uterine . » 423
Clivio. — Contributo alla conoscenza delle terminazioni nervose dell'utero » 284
Comunicazioni e discussione sulla miomectomia . . . . . » 211
Comunicazioni e discussione sull'eclampsia . . . . . » 620
Cordes. — Gravidanza di 326 giorni . . . . . » 343

Cosentino. — Riduzione dell' utero nell' inversione cronica . . . . . *Pag.* 420
Cuzzi e Crosti. — Contributi embriologici . . . . . » 275
De Ita. — Studio delle pelvi muliebri messicane . . . . . » 421
Discussione sulla sinfisiotomia . . . . . » 591
Draghisto. — Caso di morte della partoriente per lacerazione del cuore. » 352
Eustache. — L'utero doppio . . . . . » 336
Fabbri. — Come la mandibola prenda parte all'elasticità del capo . . » 341
—— Isterectomie vaginali per carcinoma . . . . . » 279
Foreau de Courmelles. — Del raschiamento uterino elettrico ecc. . . » 350
Frank. — Sul drenaggio addominale . . . . . » 348
Gawroswky. — Sulle terminaz. e sul decorso dei nervi nei genitali femmin. » 285
Giglio. — Sulla etiologia della placenta marginata . . . . . » 418
Koeberle. — Sulla cura delle retro-deviazioni uterine . . . . . » 422
Jacobs. — Risultati remoti della castrazione totale dalla vagina, ecc. . » 344
Jentzer. — Del massaggio col metodo di Thure-Brandt . . . . . » 335
Marocco. — Disturbi riflessi di origine pelvica . . . . . » 340
Mars. — Modelli in gesso . . . . . » 331
Masetti. — Risultati clinici e statistici di 100 applicazioni di forcipe . » 282
Mauri. — L'ovariotomia nella pratica privata. . . . . » 271
—— Dilatatore e dilatazione dell'utero. Proposta di un dilatatore ostetrico-ginecologico a siringa . . . . . » 271
Mueller. — Sulle malformazioni dell' utero nel riguardo ostetrico . . » 331
Paoletti. — Le ragadi del capezzolo . . . . . » 274
Pazzi. — Studio meccanico, sperimentale e clinico sul mio forcipe traente nell' asse . . . . . » 272
—— Saggio critico sull'uso ragionato della leva ostetrica . . . . . » 273
—— Ancora sulla placenta previa . . . . . » 273
—— Descrizione di due preparati in gesso, originali . . . . . » 274
Pawlik. — Speculum uretrale per l'esame della vescica femminile . . » 422
Pestalozza. — Sulla cura delle retroflessioni uterine . . . . . » 283
Piccoli. — Inversione cronica puerperale dell'utero datante da 11 mesi . » 281
Pozzi. — Cura della sterilità nei casi di stenosi cervicale e di vaginismo » 349
Rapin. — Retrodeviazione uterina, riduzione. Nuovo pessario combinato. » 336
Regnoli. — Sopra un metodo speciale di colpo-perineo-plastica . . . » 281
Rein. — Sulla cura radicale della estrofia della vescica . . . . . » 338
Romano. — Un caso di isterectomia per prolasso uterino totale . . . » 281
Ruggi. — Casistica sulla isterectomia vaginale . . . . . » 279
Saenger. — Sulla cura attiva dell'aborto tubarico . . . . . » 288
Schmeltz. — La cura di talune affezioni dell'utero coi catgut-crini . . » 337

SCHULTZE. — Sulla incontinenza uretrale nella donna . . . . . *Pag.* 334
TRUZZI. — Nuovi documenti per lo studio degli effetti della castrazione ovarica ed utero-ovarica sul decorso dell'osteomalacia . . . . . » 280
VASSALLI. — Caso di gravidanza sei gemellare . . . . . » 343
VILLAR. — Un caso di gravidanza tubarica . . . . . » 341
ZWEIFEL. — Due nuove sezioni congelate di donna partoriente . . . » 348
WINCKEL. — Sui tumori solidi congeniti del funicolo ombellicale . . . » 332

RESOCONTI DI SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Adunanza annuale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Elenco degli intervenuti, comunicazioni della Presidenza, ecc. — PAZZI. Saggio bibliografico di ostetricia e ginecologia italiana — LA TORRE. Sui giri del cordone ombellicale — CANDIA. Sull'azione curativa della corrente galvanica intrauterina ecc. — PINZANI. Quattro casi di laparotomia a scopo ostetrico — MIRANDA. Il parto deve essere assistito dall'ostetrico o dalla levatrice? — MANGIAGALLI. Risultati prossimi e remoti delìa isterectomia vaginale per carcinoma — GELLI. L'uso dell'ossigeno puro compresso nella cura di alcune malattie uterine — TRUZZI. La castrazione nell'osteomalacia — MAROCCO. Capsulotomo per il trattamento dei fibroidi uterini - Nuovo letto d'operazione « il Policlinico » — PESTALOZZA. Sul sarcoma deciduale — FERRARESI. I setti trasversali congeniti della vagina — CURATULO. Tubercolosi peritoneale d'origine genitale — LAURO. Enorme miofibroma sottoperitoneale del fondo dell'utero — REGNOLI. Un caso di isterectomia totale vagino-addominale per mioma dell'utero — PAZZI. Note istruttive sul rivolgimento podalico interno — BORDÈ. Preparazione di un forcipe perfezionato — GIGLIO. Sulla patogenesi delle placente anomale, ecc. — FABBRI. I pessari nelle retroversioni e retroflessioni dell'utero — LAURO. Un parto cesareo e due sinfisiotomie -- CURATULO. Gravidanza gemellare monocorion poliamniotica — MAROCCO. Parto prematuro. Sinfisiotomia e cefalotripsia - Sull'uso dei pessari ad uovo nei casi di prolasso utero-vaginale — ROCCHI. Della rachiotomia e cranioclastia sulla testa seguente in bacini ristretti — FABBRI. Contributo alla etiologia dell'asfissia invincibile del neonato — ACCONCI. Cura chirurgica delle retrodeviazioni fisse dell'utero — CURATULO. Il trattamento Hildebrandt nei tumori fibrosi dell'utero — FABBRI. La piccola ginecologia nella cura dei fibromi uterini — MAROCCO. Sui concrescimenti omento-entero-addominali post-chirurgici — PAZZI. Di una modificazione alla manovra di Veit — MAROCCO. Nota terapeutica sul trattamento dell'aborto — GUZZONI DEGLI ANCARANI. A proposito del parto sei-gemellare descritto dal dottor Vassalli . . . . . da pag. 875 a pag. 900

RASSEGNA.

AMANN, jr. — Sul sarcoma ovarico . . . . . *Pag.* 811
Ancora sulla narcosi coll'etere. . . . . » 218
BENSINGER. — Sinfisiotomia senza sutura ossea . . . . . » 627
BORYSSOWICZ. — Sulla dilatazione permanente dell'orificio uterino . . . » 631
BUMM. — Dei processi curativi dopo la laparot. nella tubercolosi periton. » 515
BURCKHARDT. — Intorno all'influenza dei bacteri della vagina sul decorso del puerperio . . . . . » 724
BUYS e VANDERVELDE. — Ricerche sperimentali sopra le modificazioni dell'utero consecutive alla doppia ovariotomia . . . . . » 902
CALDERINI. — Il triennio 1889-90-91-92 nella clinica ost.-ginec. di Parma » 514
CAMERON. — La sinfisiotomia nel Canadà . . . . . » 39
CHAPUT. — Isterectomia vagino-addominale con sutura ermetica del perit. » 513
CHARRIN et DUCLERT. — Delle condizioni che regolano il passaggio dei micro-organismi attraverso la placenta . . . . . » 907
CHAZAN. — Intorno alla idrorrea delle gravide . . . . . » 625
CHROBAK. — Sulla cura retroperitoneale del peduncolo nella miomotomia » 631
CLIFFORD BARROWS. — Chirurgia conservatrice degli annessi dell'utero . » 147
Contro l'aborto abituale . . . . . » 628
DELAGÉNIÈRE. — Dell'isterectomia abdominale totale in certe lesioni suppurate degli annessi . . . . . » 727
DE PAOLI. — Alcune osservazioni cliniche sul metodo Krause . . . . » 726
DUPUY. — Della perforazione delle pareti uterine mediante la curette . » 905
ERMANO. — Contributo allo studio clinico dei fibromiomi dell'utero . . » 37
FARABOEUF. — Storia della pelviotomia . . . . . » 39
FARINA. — Setticità della pelle dopo la disinfezione . . . . . » 901
FAVRE. — Della riunione immediata secondaria della ferita laparotomica » 40
FEIS. — Un caso di fibromioma dell'ovaio sinistro . . . . . » 626
FERRARESI. — Intorno la dottrina del viziato atteggiamento del feto nell'utero, nella produzione degli incurvamenti congeniti . . . . . » 104
GELLI. — Gravidanza e cancro del collo uterino . . . . . » 913
GIORDANO. — Osservazioni di pratica ostetrica. . . . . » 105
GOENNER. — Un caso di autoprovocazione di aborto . . . . . » 631
GOTTSCHALK. — I tumori descritti da C. Breus come vere formazioni di cisti epiteliali nei miomi uterini sono veri miomi dell'utero? . . » 626
HARTMANN e BOUCHET. — L'isterect. nel trattam. del prolasso dell'utero . » 802
HARTMANN e REYMOND. — Sulla torsione del peduncolo delle salpingo-ovar. » 907
HERNANDEZ. — Trattamento del cancro a utero gravido . . . . . » 912

JAFFÉ. — Indicazioni della provocazione dell'aborto . . . . . *Pag.* 628
KEHRER. — Sulle moli vescicolari . . . . . » 908
KIRCHHOFF. — Un toracopago nel sacco tubarico . . . . . » 630
KIRI. — Fisiologia e patologia della motilità degli organi del bacino . » 631
KLIEN. — Contributo alla casuistica dei tumori primitivi della vagina . » 810
KOENIG. — Ricerche sulle secrezioni vaginali di cento gravide . . . » 630
LANDAU. — La narcosi coll'etere . . . . . » 103
LA TORRE. — Contributo alla etiologia ed alla cura dei vomiti incoercibili » 36
—— Nota clinica sul flemmone del legamento largo a ferro di cavallo . » 37
LEYDEN. — Contributo allo studio della gonorrea boccale dei neonati . » 627
LIPINSKY. — Un caso di eritema in puerperio . . . . . » 626
—— Un caso di episiocleisi con fistola retto-vaginale artificiale . . . » 629
LOEHLEIN. — Intorno alla questione dell'origine della osteomalacia puerperale » 630
—— Sulla gravidanza nell'utero fissato all'addome . . . . . » 217
LUDWIG. — Sulle alteraz. del latte e del colostro nelle malattie delle puerpere » 808
MACKENRODT. — Cura operativa delle grandi fistole vescico-vaginali . . » 627
MACNAUGTHON. — Riflessi uterini, lesioni a distanza e sintomi lontani dovuti ad irritazione uterina . . . . . » 505
MANDRY. — Sul valore diagnostico dell'urobilinuria in ginecologia . . » 804
MERKEL e BONNET. — Lavori di Istituti Anatomici . . . . . » 219
MEYER. — Contributo allo studio della tubercolosi della cervice uterina . » 811
MORITZ. — Un caso di parto in cadavere tumulato . . . . . » 221
NAPIER. — Cura operativa degli spostamenti vaginali, uterini ed ovarici . » 508
NOORDEN. — Sul decorso del reumatismo articolare acuto . . . . . » 146
NOVARO. — Contributo alla cura dei fibromiomi uterini colla isterectomia totale per la via addominale . . . . . » 105
NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX. — Sul deciduoma maligno . . . . . » 903
ORLOFF. — Breve comunicazione intorno a 200 laparotomie . . . . » 625
PAZZI. — Primo caso d'ovario salpingectomia vaginale eseguita dal Ruggi con la preventiva estrazione dell'utero e successiva riposizione di questo in sede normale . . . . . » 35
PFANNENSTIEL. — Del pericolo della iniezione endouterina di glicerina usata per la provocazione del parto prematuro artificiale . . . . . » 632
PICCININI. — Sulla rottura dell'utero . . . . . » 911
PICK. — Sul sarcoma dell'utero e della vagina nell'età infantile, e sul sarcoma primitivo della vagina nelle adulte . . . . . » 805
PINARD. — Della sinfisiotomia alla Clinica Baudelocque durante l'anno 1893 » 728
PREUSCHEN. — Le lesioni degli organi centrali, riportate durante il parto, come causa di melena dei neonati . . . . . » 628

Prochownick. — Intorno alla cura della asfissia dei neonati . . . . *Pag.* 629
Quénu. — Del trattamento del prolasso uterino totale mediante l'isterectomia vaginale nelle donne entrate nella menopausa od assai prossima » 801
—— L'isterectomia vaginale nel prolasso dell'utero . . . . . » 802
Ratchinsky. — La sutura addominale dopo la laparotomia . . . . . » 40
Réclus. — Dell'isterectomia vaginale nel trattamento del prolasso uterino » 512
Richelot. — Trattamento chirurgico del prolasso uterino . . . . . » 513
Roncaglia. — Grave emorragia interna per distacco di placenta . . . » 800
Rossi Doria. — Contributo allo studio del tetano puerperale . . . . » 145
—— Sulla presenza dei protozoi nella endometrite ghiandolare cronica . » 813
Saenger. — Intorno alla etiologia ed alla cura operativa della vulvite pruriginosa . . . . . » 626
Schönheimer. — Intorno alla dottrina del cancro del corpo dell'utero. . » 149
Schultze. — La frattura della clavicola è controindicazione allo scuotere un neonato gravemente asfittico? . . . . . » 627
Schultze. — Un caso di melena dei neonati . . . . . » 630
Sclavo e Manuelli. — Sulle cause che determinano nella pratica delle disinfezioni la scomparsa del mercurio dalle soluzioni di subl. corros. » 902
Sentex. — Qualche parola sopra due casi di teratologia . . . . . » 916
Severi. — I criteri della vita giuridica del neonato . . . . . » 917
Sippel. — Intorno alla diagnosi della sede placentare secondo Palm . . » 625
—— Innesto del carcinoma su parti sane del corpo della ammalata . . » 632
Tamassia. — Su alcune condizioni fisiche del cordone ombellicale . . » 151
—— Sul centro di ossificazione dell'epifisi inferiore del femore, ecc. . » 153
Thelen. — Contributo alla estirpazione vaginale dell'utero . . . . . » 632
Thiéry. — Gravidanza tubarica. Laparotomia . . . . . » 803
Thorn. — Sulla contagiosità del carcinoma . . . . . » 629
Vaudin. — Sull'acido citrico e il fosfato di calce in dissoluz. nel latte . » 920
Vibert. — Relazione medico-legale sopra una questione d'aborto . . . » 219
Vulliet. — Sulla dilatazione e sul restringimento del collo dell'utero . » 631
Zuccaro. — Appunti clinici sulla osteomalacia . . . . . » 803
Walther. — Un caso di metrite dissecante puerperale . . . . . » 721
Woerz. — Un caso di linfoangioma sottoascellare ostacolante il parto . » 626

NOTE DI TERAPIA OSTETRICA E GINECOLOGICA.

Cura dell'eclampsia — Dell'uso del petrolio nella cura del cancro uterino e delle vaginiti — Il clorato di potassa come galattogeno — Azione inibitoria della cocaina sulla secrezione lattea . . . . . *Pag.* 41

Cura della pseudo incontinenza dell'orina nella donna per mezzo del massaggio vibratorio — Alumnolo in ginecologia . . . . . *Pag.* 160

CORRISPONDENZA.

Bossi. — Rettifica . . . . . *Pag.* 223
La clinica ostetrico-ginecologica di Strassburg . . . . . » 518

BIBLIOGRAFIA.

Pazzi. — Studi di ostetricia . . . . . *Pag.* 516
—— Compendio universale di ostetricia . . . . . » 517
Fournier. — Manuel complet des sages-femmes . . . . . » 814
Stratz. — Alterazioni circolatorie e processi infiammatori delle ovaie e delle tube . . . . . » 42
Zweifel. — Nuove sezioni di cadaveri congelati di donne partorienti . » 45
Bibliographie gynécologique . . . . . » 47
Lefert. — Aide-mémoire de l'art des accouchements. . . . . » 112
Vinay. — Trattato delle malattie della gravidanza . . . . . » 154
Luther. — Intorno alla gonorrea nella donna. . . . . » 155

NOTIZIE.

Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. . . . . *Pag.* 224, 520
XI Congresso Medico Internazionale in Roma. . . . . » 48, 106

NECROLOGIO.

Prof. Scipione Giordano . . . . . *Pag.* 288

Errata-corrige al lavoro del dott. Caruso « Operazioni complementari del taglio cesareo » 1892-94 . . . . . *Pag.* 815

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.